

---

# MASTERARBEIT

---

**Jörg Martetschläger**  
Diplom Sozialwirt

**Prozessmanagement in der  
ambulanten Versorgung  
am Beispiel des chronischen  
Schmerzsyndroms als  
fachgebietsübergreifende  
Mehrfachdiagnose**

Theoretische Analyse und Bewertung  
fachärztlicher Kooperationsmodelle

München, 2015



# **MASTERARBEIT**

---

## **Prozessmanagement in der ambulanten Versorgung am Beispiel des chronischen Schmerzsyndroms als fachgebietsübergreifende Mehrfachdiagnose**

Theoretische Analyse und Bewertung  
fachärztlicher Kooperationsmodelle

Autor:  
Diplom Sozialwirt (Univ.)  
**Jörg Martetschläger**

Studiengang:  
**Master Projekt- und Prozessmanagement**

Erstprüfer:  
**Prof. Dr. Steffen Rößler**

Zweitprüfer:  
**Dipl.Wirtsch.Ing. Erich Dräger**

Einreichung:  
**München, 20. April 2015**

Verteidigung/Bewertung:  
**2015**

# **MASTER THESIS**

---

## **Processmanagement in the ambulatory care using the example of the chronic pain syndrome**

author:

**Mr. Diplom Sozialwirt (Univ.)**

**Jörg Martetschläger**

course of studies:

**project- and processmanagement**

first examiner:

**Prof. Dr. Steffen Rößler**

second examiner:

**Dipl.Wirtsch.Ing. Erich Dräger**

submission:

**Munich, 20. April 2015**

defence/ evaluation:

**2015**

## **Bibliografische Beschreibung:**

Martetschläger, Jörg:

Prozessmanagement in der ambulanten Versorgung am Beispiel des chronischen Schmerzsyndroms als fachgebietsübergreifende Mehrfachdiagnose.

Theoretische Analyse und Bewertung fachärztlicher Kooperationsmodelle. - 2015. - VI, 69, 1 S.

Mittweida, Hochschule Mittweida, Institut für Technologie- und Wissenstransfer Mittweida (ITWM), Masterarbeit, 2015

## **Referat:**

Im Gesundheitssystem Deutschlands besteht der Grundsatz "ambulant vor stationär". Der Patient hat in der ambulanten Versorgung den Anspruch auf freie Arztwahl und damit die Qual der Wahl. Bei einer fachbereichsübergreifenden Mehrfachdiagnose wie beispielsweise des chronischen Schmerzsyndroms kommen Diagnostik und Therapieempfehlungen verschiedener Facharztgebiete zur Anwendung. Der Schlüssel zum Erfolg einer wirksamen Therapie für fachbereichsübergreifende Krankheitsbilder sind somit Kooperationen zwischen niedergelassenen Fachärzten. Aufbauend auf der Theorie und Methodik des Prozessmanagements werden unter Berücksichtigung der rechtlichen Rahmenbedingungen geeignete Kooperationsmodelle vorgestellt. Neben dem Praxisverbund und dem medizinischen Versorgungszentrum eignet sich insbesondere die medizinische Kooperationsgemeinschaft. Für dieses Kooperationsmodell werden in Ableitung der theoretischen und methodischen Ansätze des operativen Prozessmanagements exemplarisch Lösungsansätze vorgestellt, wie sich Arztpraxen auf die Bedürfnisse von Patienten mit chronischem Schmerz einerseits und auf den zunehmenden Wettbewerb andererseits einstellen können.



# Inhalt

<b>Inhalt .....</b>	<b>I</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>III</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>V</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>VI</b>
<b>1 Einleitung und Übersicht.....</b>	<b>1</b>
<b>2 Struktur der ambulanten Versorgung.....</b>	<b>3</b>
2.1 Akteure im Gesundheitswesen und deren Interessen.....	4
2.2 Wettbewerb und zunehmender Kostendruck.....	7
2.3 Steigende Ansprüche des Patienten .....	9
2.4 Qual der Wahl bei freier Arztwahl.....	10
2.5 Problematik bei fachbereichsübergreifenden Diagnosen.....	12
2.6 Selbstbestimmungsrecht des Patienten .....	13
2.7 Zusammenfassung zur Ableitung der Fragestellung.....	14
<b>3 Chronisches Schmerzsyndrom als fachgebietsübergreifende Mehrfachdiagnose .....</b>	<b>15</b>
3.1 Definition von Schmerz .....	15
3.2 Akuter und chronischer Schmerz .....	16
3.3 Zusammenhang zwischen Schmerz und Psyche .....	17
3.4 Einteilung des chronischen Schmerzsyndroms .....	19
3.4.1 Nozizeptiv bzw. neuropathisch determinierter Schmerz.....	20
3.4.2 Funktionelles Schmerzsyndrom .....	20
3.4.3 Psychische Störungen mit Leitsymptom Schmerz.....	21
3.5 Behandlungsbedarf chronischer Schmerzpatienten aus sozialpolitischer Sicht ....	22
3.6 Behandlungsbedarf chronischer Schmerzpatienten aus medizinischer Sicht .....	25
3.7 Behandlungsbedürfnis aus Sicht chronischer Schmerzpatienten .....	27
<b>4 Prozessmanagement als theoretische Grundlage.....</b>	<b>28</b>
4.1 Begriffliche Erläuterungen .....	29
4.1.1 Prozess.....	29
4.1.2 Prozessarten .....	30

4.1.3	Prozessmanagement.....	31
4.2	Ziele und Aufgaben des Prozessmanagements .....	31
4.3	Phasen im Prozessmanagement .....	34
4.3.1	Prozessstrategie.....	34
4.3.2	Prozessdokumentation .....	35
4.3.3	Prozessoptimierung.....	36
4.3.4	Prozessumsetzung.....	37
4.3.5	Prozessdurchführung .....	37
4.3.6	Prozesscontrolling .....	38
<b>5</b>	<b>Lösungsansätze aus dem Prozessmanagement für eine Arztpraxis .....</b>	<b>39</b>
5.1	Strategisches Prozessmanagement.....	39
5.1.1	Ansätze zur Festlegung einer Prozessstrategie.....	39
5.1.2	Kooperationsmodelle.....	42
5.1.2.1	Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) .....	43
5.1.2.2	Organisationsgemeinschaften.....	44
5.1.2.3	Medizinische Kooperationsgemeinschaft .....	45
5.1.2.4	Praxisverbund.....	46
5.1.2.5	Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ).....	46
5.1.2.6	Praxisnetze .....	47
5.1.2.7	Zusammenfassende Bewertung der Kooperationsmodelle .....	48
5.1.3	Personelle, rechtliche und technische Rahmenbedingungen im Kontext von Qualität, Zeit und Kosten .....	49
5.1.3.1	Personelle Rahmenbedingungen .....	50
5.1.3.2	Technische Rahmenbedingungen.....	50
5.1.3.3	Rechtliche Rahmenbedingungen .....	51
5.1.3.4	Zusammenfassung der personellen, rechtlichen und technischen Rahmenbedingungen.....	55
5.2	Methoden und Lösungsansätze für das operative Prozessmanagement.....	57
5.2.1	Vorgehen bei der Prozessdokumentation .....	57
5.2.2	Lösungsansätze in der Phase der Prozessoptimierung .....	59
5.2.3	Aspekte für die Phase der Prozessumsetzung .....	64
5.2.4	Aspekte für die Phase der Prozessdurchführung.....	66
5.2.5	Aspekte und Methoden für die Phase des Prozesscontrollings.....	66
<b>6</b>	<b>Zusammenfassung und Ausblick .....</b>	<b>68</b>
	<b>Literatur .....</b>	<b>70</b>
	<b>Anlagen .....</b>	<b>76</b>
	<b>Selbstständigkeitserklärung .....</b>	<b>77</b>



# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2-1:	Akteure der Gesundheitsversorgung .....	3
Abbildung 2-2:	Hierarchiemodell der Akteure im Gesundheitswesen .....	4
Abbildung 2-3:	Aufgaben der Gesundheitsökonomie als Magisches Viereck .....	5
Abbildung 2-4:	Lobbying in der Selbstverwaltung .....	6
Abbildung 2-5:	Zusammenspiel der Akteure des Gesundheitssystems .....	7
Abbildung 2-6:	Sachleistungsprinzip (GKV) versus Kostenerstattungsprinzip (PKV) ....	8
Abbildung 2-7:	Kollektives ambulantes ärztliches Vergütungssystem .....	9
Abbildung 2-8:	Wachstumsdeterminanten im Gesundheitsmarkt .....	10
Abbildung 2-9:	Abschnitt B - Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktbezeichnungen ....	11
Abbildung 3-1:	Schmerzwahrnehmung findet immer im Gehirn statt .....	16
Abbildung 3-2:	Stressfaktoren als Schmerztrigger .....	17
Abbildung 3-3:	Teufelskreislauf Schmerz .....	18
Abbildung 3-4:	Bio-psycho-sozialer Muskelschmerz .....	19
Abbildung 3-5:	Differentialdiagnose bei chronischen Schmerzen .....	22
Abbildung 3-6:	Relative Veränderungen Fehlzeiten .....	24
Abbildung 4-1:	Grundstruktur eines Prozesses .....	29
Abbildung 4-2:	Beispiel einer Prozesslandkarte einer Arztpraxis .....	30
Abbildung 4-3:	Vier Dimensionen des Geschäftsprozessmanagements .....	31
Abbildung 4-4:	Bezugspunkte des integrierten Geschäftsprozessmanagements .....	32
Abbildung 4-5:	Aufgaben des Prozessmanagements .....	33
Abbildung 4-6:	Der Prozessmanagement Life Cycle (PMLC) .....	34
Abbildung 4-7:	Swimlane-Diagramm am Beispiel eines Aufnahmeprozesses .....	36
Abbildung 5-1:	SWOT-Analyse .....	41
Abbildung 5-2:	Medizinischen Kooperationsgemeinschaft integriert in eine PG .....	51
Abbildung 5-3:	Beispiel RACI-Matrix beim Prozess der Aufnahme & Anamnese .....	58
Abbildung 5-4:	Heatmap Beispiel zur Priorisierung des Optimierungspotenzials .....	59

Abbildung 5-5: Brown-Paper-Analyse .....	60
Abbildung 5-6: Prozess (Bsp.) für Erstkontakt, Eigenanamnese .....	61
Abbildung 5-7: Prozess (Bsp.) für Aufnahme und Psychoedukation.....	62
Abbildung 5-8: Prozess (Bsp.) Therapieempfehlung .....	63
Abbildung 5-9: Ursachen-Wirkungs-Diagramm .....	67
Abbildung 6-1: Organisation des deutschen Gesundheitssystems .....	76

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 3-1:	Ursachen des chronischen Schmerzsyndroms.....	20
Tabelle 3-2:	Anteilig relevante dreistellige ICD10-Diagnosen 2012: Top 100 .....	23
Tabelle 5-1:	Bsp.: Patienten/Leistungs - Matrix.....	39
Tabelle 5-2:	Bsp. Geschäftsfeldstrategie für Patienten mit chron. Schmerzen .....	40
Tabelle 5-3:	Beispiel für Prozessstrategie und Zielgrößen .....	42

# Abkürzungsverzeichnis

<b>Ärzte-ZV</b>	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
<b>AWMF</b>	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
<b>BÄK</b>	Bundesärztekammer
<b>BAG</b>	Berufsausübungsgemeinschaft
<b>EBM</b>	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
<b>G-BA</b>	gemeinsamer Bundesausschuss
<b>GMG</b>	GKV-Modernisierungsgesetz
<b>GKV(en)</b>	Gesetzliche Krankenversicherung(en)
<b>GKV-VStG</b>	Versorgungsstrukturgesetz
<b>GOÄ</b>	Gebührenordnung für Ärzte
<b>I&amp;K</b>	Information und Kommunikation
<b>KBV</b>	Kassenärztliche Bundesvereinigung
<b>KEF</b>	Kritische Erfolgsfaktoren
<b>KV(en)</b>	Kassenärztliche Vereinigung(en)
<b>KVP</b>	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
<b>MBO-Ä</b>	(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte
<b>MFA</b>	Medizinische Fachangestellte
<b>MGV</b>	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
<b>MVZ</b>	Medizinisches Versorgungszentrum
<b>PartGG</b>	Partnerschaftsgesellschaftsgesetz
<b>PG</b>	Praxisgemeinschaft
<b>PKV(en)</b>	Private Krankenversicherung(en)
<b>PMLC</b>	Prozessmanagement Life Cycle
<b>PTB</b>	posttraumatische Belastungsstörung
<b>RACI</b>	responsible, accountable, consulted, informed
<b>SGB</b>	Sozialgesetzbuch
<b>SWOT</b>	<b>S</b> trengths (Stärken), <b>W</b> eaknesses (Schwächen), <b>O</b> pportunities (Chancen), <b>T</b> hreats (Risiken)
<b>VÄndG</b>	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
<b>WBO</b>	Weiterbildungsordnung

# 1 Einleitung und Übersicht

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, wie bei den in Deutschland etablierten gesundheitspolitischen ambulanten Strukturen und Interessen den individuellen Bedürfnissen eines Patienten<sup>1</sup> im Allgemeinen und den mit einer fachbereichsübergreifenden Mehrfachdiagnose im Speziellen optimal entsprochen werden kann. Dabei wird der methodische Ansatz des Prozessmanagements zugrunde gelegt, bei dem alle Aktivitäten auf wertschöpfende Prozesse fokussiert werden, die sich an den Bedürfnissen der Patienten orientieren mit dem Zweck, eine größtmögliche Wirkung zu erzielen. Hierbei handelt es sich z.B. um die schnelle Beseitigung oder zumindest Linderung vorliegender Beschwerden, die Vermeidung redundanter Anamnese und Diagnostik oder den Wiedereinstieg in das Berufsleben.

Arztpraxen müssen sich analog zu Unternehmen an die sich wandelnden Rahmenbedingungen und Strukturen dynamisch anpassen, um erfolgreich zu sein. Der Wettbewerb in der ambulanten Versorgung nimmt zu, zumal dieser politisch intendiert ist. Im Gegensatz zu Unternehmen, die im freien Markt agieren, gelten für Arztpraxen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, besondere gesetzliche Bestimmungen, die insbesondere im SGB V geregelt sind. Hierfür wird in Kapitel 2 die Struktur der ambulanten Versorgung erläutert, um hieraus die Fragestellung für diese Arbeit abzuleiten.

Im Sinne des Prozessmanagements sind stets die Kundenbedürfnisse, also die Bedürfnisse der Patienten<sup>2</sup>, der Orientierungspunkt für die strategische wie auch organisationspolitische Strukturierung einer Arztpraxis. Aufgrund verschiedener Bedürfnislagen empfiehlt sich somit eine Patientengruppendifferenzierung. Für die exemplarische Darstellung einer spezifischen Patientengruppe in einer ambulanten Praxis eignet sich die Gruppe der Patienten, die unter anhaltenden Schmerzen leiden. Hierfür wird in Kapitel 3 der Schmerz und im Besonderen das chronische Schmerzsyndrom als fachbereichsübergreifendes Krankheitsbild erläutert. Es werden die Bedürfnisse aus Sicht der Patienten dargestellt und welcher Bedarf aus sozialpolitischer und medizinischer Sicht vorliegt. In Kapitel 4 werden im Anschluss einer theoretischen Einführung zum Prozessmanagement Lösungsansätze und Methoden skizziert, wie und in welcher Form sich eine ambulante Arztpraxis

---

1 Zugunsten der besseren Lesbarkeit wird auf die zusätzliche Formulierung der weiblichen Form verzichtet; es sei hier ausdrücklich darauf verwiesen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form explizit als geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

2 In der vorliegenden Arbeit wird regelmäßig auf Literatur der Wirtschaftswissenschaften referenziert. Dabei wird der Begriff Patient in dieser Arbeit synonym für Kunde verwendet.

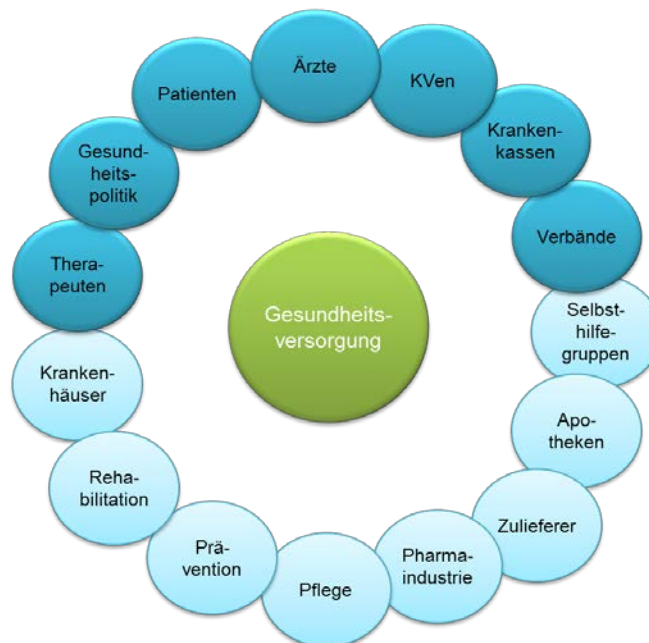
strukturell aber auch prozessoptimal auf die Bedürfnisse von Patienten mit anhaltendem Schmerz einstellen kann.

Das Ziel dieser Arbeit ist somit auf Basis der methodischen Ansätze des Prozessmanagements Lösungsansätze und Aspekte aufzuzeigen, wie sich ambulante Arztpraxen strukturell und prozessoptimal organisieren können, um den Bedürfnissen von Patienten mit chronischen Schmerzen in Form des bestmöglichen Therapieerfolgs gerecht zu werden.

## 2 Struktur der ambulanten Versorgung

Gesundheitssysteme sind zumeist komplex und weisen in ihrer Struktur und Güte nicht zuletzt auch hinsichtlich Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit signifikante Unterschiede auf wie zahlreiche Untersuchungen zeigen. Für einen Überblick zur Organisation des deutschen Gesundheitssystems eignet sich Abbildung 6-1 im Anhang. Unter Berücksichtigung der Ausgaben für Gesundheit im internationalen Vergleich nimmt Deutschland eine Spitzenposition ein (Statistisches Bundesamt, 2014, S. 35). Dennoch scheint die Bewertung und Steuerung vor allem über Kosten nicht ausreichend (Grosch, Ozegowski, Fischer, Schweizer, Wagner, & Becker, 2013, S. 2). Hinsichtlich Qualität und Effizienz der medizinischen Leistung lässt sich mittels monetär quantitativer Werte – wenn überhaupt – nur bedingt eine Aussage treffen, zumal Kostenunterschiede nicht zuletzt auch vom System des Gesundheitswesens abhängen.

Eine weitere Erörterung von Vor- und Nachteilen in Gesundheitssystemen und hieraus ableitbaren Forderungen zu Strukturänderungen sind nicht Ziel dieser Arbeit. Vielmehr geht es darum, welche Möglichkeiten sich im bestehenden Gesundheitssystem in der ambulanten Versorgung am Beispiel der interdisziplinären Therapieoptimierung bei chronischen Schmerzpatienten ergeben. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Akteure in der Gesundheitsversorgung.



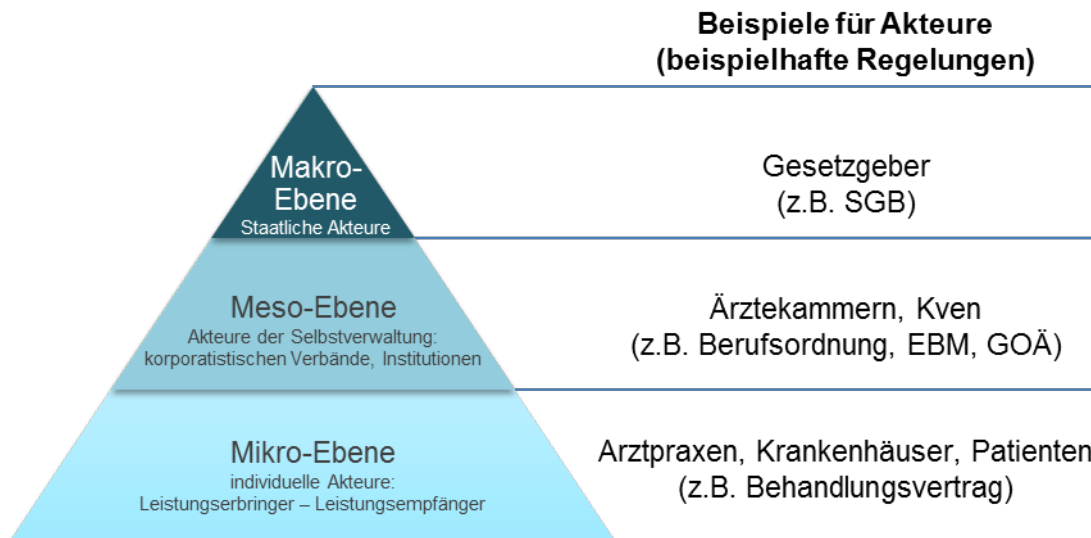
**Abbildung 2-1: Akteure der Gesundheitsversorgung**

Quelle: Eigene Darstellung

Die farblich hervorgehobenen Akteure und deren Interessen sind für diese Arbeit von Relevanz und werden im Folgenden erläutert, um hieraus die Problembeschreibung abzuleiten.

## 2.1 Akteure im Gesundheitswesen und deren Interessen

Das deutsche Gesundheitssystem lässt sich als Hierarchiemodell mit drei Ebenen beschreiben.



**Abbildung 2-2: Hierarchiemodell der Akteure im Gesundheitswesen**

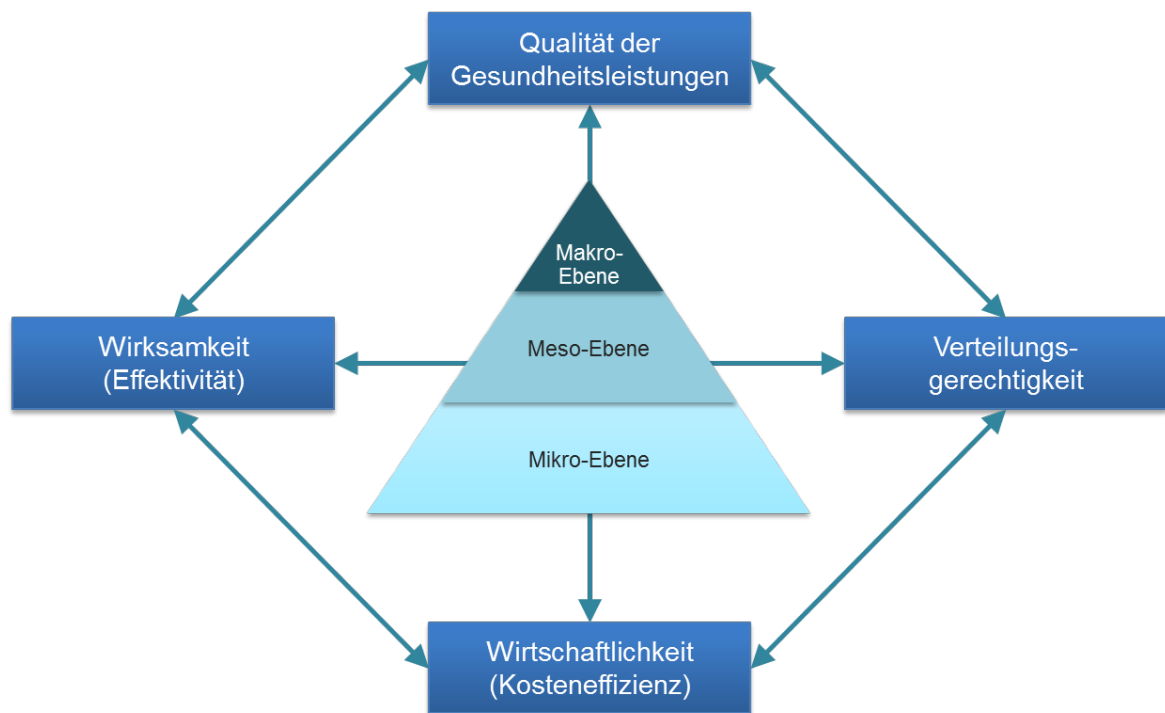
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Wasem et al. (2013, S. 54)

Auf der oberen Hierarchieebene (Makro-Ebene) befinden sich staatliche Akteure, die mittels Gesetzen und Verordnungen die übrigen Akteure steuern und überwachen. Auf der unteren Ebene (Mikro-Ebene) agieren individuelle Akteure, die Gesundheitsgüter unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen anbieten bzw. nachfragen. Zwischen diesen beiden Ebenen befindet sich die Meso-Ebene, die aus korporatistischen und freien Verbänden bzw. Institutionen besteht, welche die Interessen ihrer Mitglieder vertreten. Dabei sind die korporatistischen (z.B. gesetzliche Krankenkassen, kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhausgesellschaften) und freien Verbände (z.B. Ärztekammern, Medizinischer Dienst, Krankenversicherungen) im gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vertreten, um gemeinsame tragfähige Lösungen zu vereinbaren (Bundeszentrale für politische Bildung: Gerlinger, T.; Noweski, M., 2012).

Durch das Modell der korporatistischen Steuerung mittels selbstverwaltenden Körperschaften wird die Idee verfolgt, dass sich der Staat als zentraler Akteur mittels definierter Rahmenbedingungen weitreichenden Einfluss auf die Entwicklung des Gesundheitssystems sichert. Gleichwohl delegiert er die Administration bzw. Durchführungsverantwortung auf die Meso-Ebene der selbstverwaltenden Verbände und Institutionen und verspricht sich damit die Einbeziehung von Expertenwissen. Im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots



müssen von gesetzlichen Krankenversicherungen (GKVen) zu erstattenden und von medizinischen Dienstleistern zu erbringenden Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Nicht notwendige oder unwirtschaftliche Leistungen können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen von Leistungserbringern nicht bewirkt und von Krankenkassen nicht bewilligt werden (§ 12 Abs.1 SGB V). Hieraus ergibt sich die Aufgabe, zwischen der Qualität der medizinischen Leistungen, deren Wirksamkeit (Effektivität) und der Wirtschaftlichkeit (Effizienz) Verteilungsgerechtigkeit herzustellen. Dies wird auch als das magische Viereck der Gesundheitsökonomie bezeichnet (vgl. nachfolgende Abbildung).



**Abbildung 2-3: Aufgaben der Gesundheitsökonomie als Magisches Viereck**

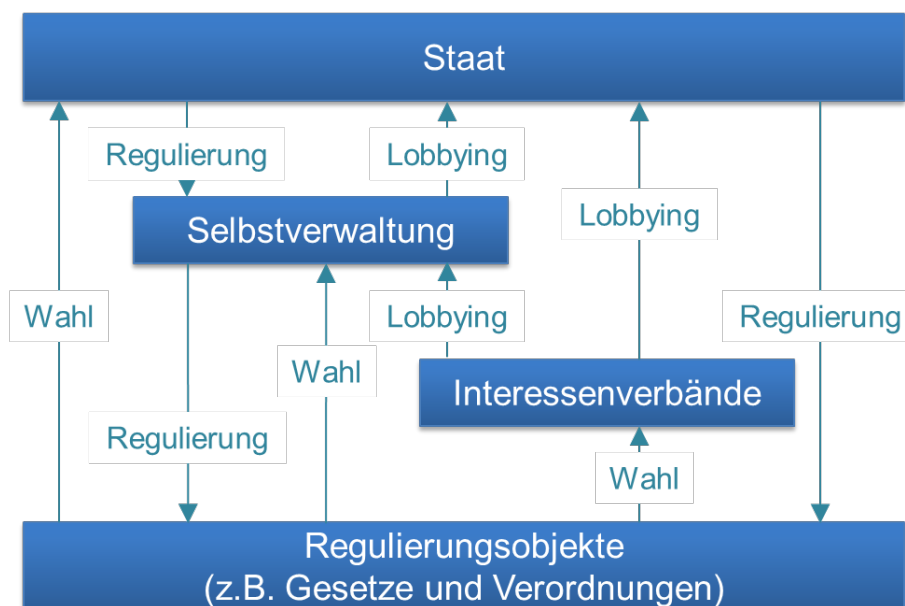
Quelle: Eigene Darstellung

Ob das Modell der korporatistischen Steuerung für die Entwicklung effizienter Strukturen im deutschen Gesundheitssystem zweckdienlich ist, wird zuweilen angezweifelt (Bundeszentrale für politische Bildung: Gerlinger, T.; Burkhardt, W., 2012). Ohne dies kontrovers diskutieren zu wollen, lässt sich festhalten, dass die verschiedenen Interessen der Akteure zuweilen kollidieren.

Der Staat und hierbei die gewählte Regierung hat einerseits ein Interesse an der flächendeckenden medizinischen (bedürfnisgerechten) Versorgung und der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, andererseits aber auch ein Interesse am Machterhalt. In diesem Zusammenhang gilt es die Interessen der Wähler zu berücksichtigen, die bspw. Steigerungen der Krankenversicherungsbeiträge nur bedingt tolerieren dürften. Das bedeutet, dass sich der Bedarf an Gesundheitsleistungen am Bedürfnis einerseits und an der "Kaufkraft" der Wähler andererseits orientiert. Gleichwohl muss der Staat die wirt-

schaftspolitischen Folgen abwägen, die sich bspw. infolge einer Beitragsveränderung des Arbeitgeberanteils an der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben.

Die auf der Meso-Ebene befindlichen Verbände und Institutionen haben die Aufgabe, zwischen den staatlichen Interessen und denen der Leistungserbringer und -empfänger zu vermitteln und für einen Interessenausgleich zu sorgen bzw. Empfehlungen für gesetzliche Änderungen auszusprechen, wodurch ein Interessenausgleich und Verteilungsgerechtigkeit sichergestellt werden kann. Dabei konkurrieren sie um die Anteile der begrenzt zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung. Während bei den Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber ein Interesse möglichst niedriger Krankenversicherungsbeiträge unterstellt werden kann, dürfte im Gegensatz bei Vertretern der Versicherungen, der Pharmaindustrie und der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ein Interesse an einer höheren Gesamtvergütung oder zumindest einem höheren Anteil an der Gesamtvergütung für die von Ihnen vertretenen Institutionen vorliegen. Dabei kann den Vertretern der Verbände und Institutionen aus Sicht des Autors unterstellt werden, dass sie nicht zuletzt auch Macht- und Einflussinteressen verfolgen, da sie die Interessen ihrer Mitglieder vertreten und am Erhalt ihrer Institution und ihrer Wiederwahl interessiert sind. Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht diesen Zusammenhang.

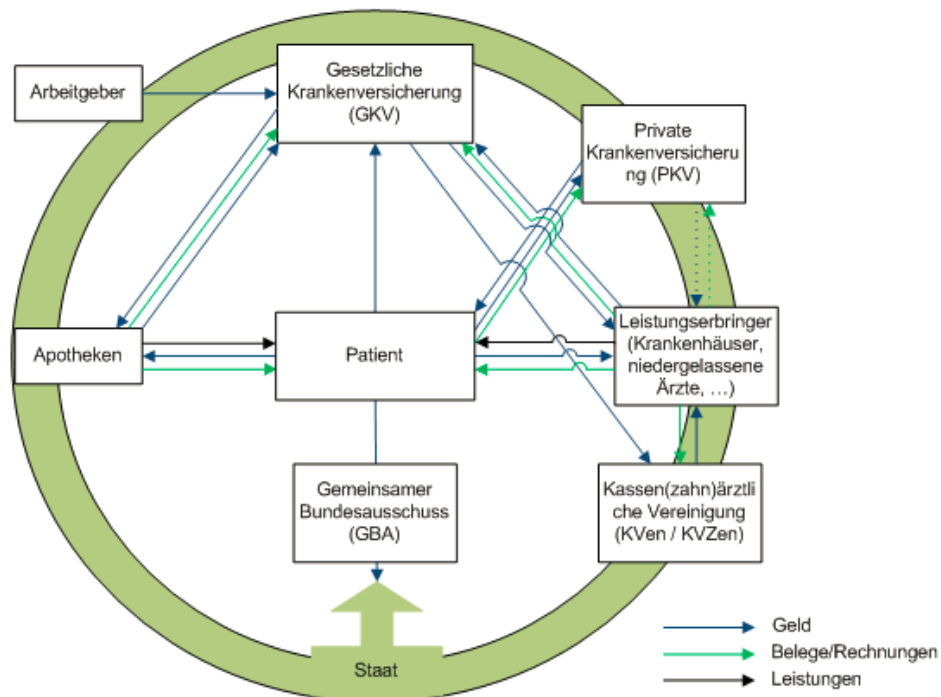


**Abbildung 2-4: Lobbying in der Selbstverwaltung**

Quelle: Darstellung in Anlehnung an Wasem et al. (2013, S. 83)

Auf der Mikroebene haben die Leistungserbringer (z.B. Ärzte und Apotheken) ein Interesse an einer leistungsgerechten Vergütung bei möglichst geringem administrativen Aufwand. Die Leistungsempfänger, also die Patienten, haben ein Interesse an der Sachleistung in Form einer qualitativ hochwertigen Behandlung, die möglichst im Rahmen der Krankenversicherung ohne Zuzahlung abgedeckt sein sollte.

Letztlich handelt es sich bei der korporatistischen Steuerung im deutschen Gesundheitssystem um ein komplexes Strukturmodell, welches für den Laien bzw. den Patienten nicht immer durchschaubar sein dürfte. Die nachfolgende Abbildung zeigt im Überblick die Geldflüsse, Belege und Rechnungen sowie die Leistungen zwischen den unterschiedlichen Akteuren im Gesundheitswesen.



**Abbildung 2-5: Zusammenspiel der Akteure des Gesundheitssystems**

Quelle: (Hochschule Konstanz: Kellner, A.; Wist, V.; Kleinhens, B., 2010)

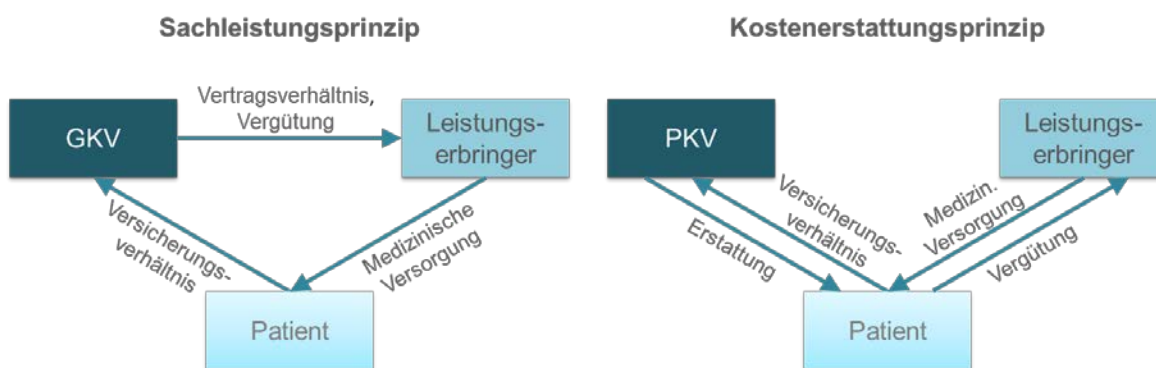
Eine Idee zur Erreichung des Wirtschaftlichkeitsgebotes in Form von ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Leistungen und zur Herstellung eines Ausgleichs der unterschiedlichen Interessen ist die Herstellung von Wettbewerb. Dies wird von den beteiligten Akteuren zuweilen als zunehmender Kostendruck empfunden wie im nachfolgenden Kapitel erläutert wird.

## 2.2 Wettbewerb und zunehmender Kostendruck

Bei der Literaturrecherche fällt auf, dass bei den Akteuren auf der Meso- und Mikro-Ebene im Gesundheitssystem ein zunehmender Wettbewerb, Kostendruck und Bürokratie empfunden wird, was nicht zuletzt auch daran liegen dürfte, dass dies politisch gewollt ist. So zielt beispielsweise das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) auf mehr Wettbewerb und mehr Qualität (Butz, 2004, S. A 13). Zur Begrenzung der Krankenversicherungsausgaben werden Effizienzsteigerungen, Qualitätsverbesserungen und mehr Wettbewerb gefordert. Die Folgen hiervon sind weitere bürokratische, nicht ärztliche Tätigkeiten, Dokumentationspflichten zur Qualitätssicherung, Disease Management und weitere Programme,

wodurch sich die Zuwendungszeit am Patienten verringert und sich zudem die Zufriedenheit des Arztes vermindert (Spies, Schmied, Weber, & Wiedenmann, 2013, S. 1).

Zugleich steigt kontinuierlich der zeitliche Aufwand eines Arztes für Beratung und Aufklärung bei zunehmend besser informierten Patienten, ohne dass dies bei der Leistungsvergütung adäquate Berücksichtigung findet. Zumindest dürfte dies für Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit gelten, die aus den Leistungen gegenüber Patienten resultieren, die gesetzlich krankenversichert sind. Hierbei gilt für gesetzlich im Unterschied zu privat Versicherten das Sachleistungsprinzip, das sich aus § 2 SGB V ergibt, wonach die Krankenkassen den Versicherten medizinische Leistungen durch Vertragsärzte bereitstellen (vgl. nachfolgende Abbildung).

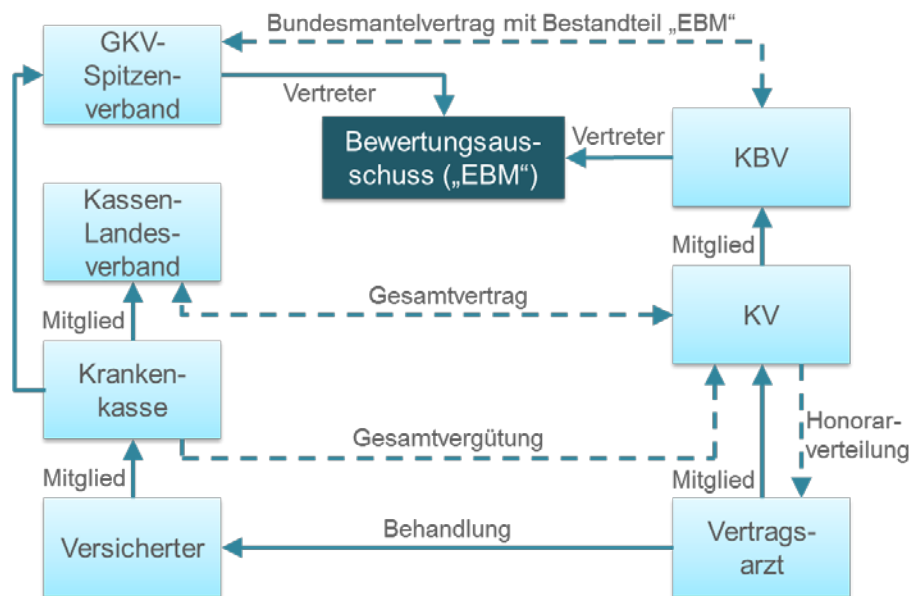


**Abbildung 2-6: Sachleistungsprinzip (GKV) versus Kostenerstattungsprinzip (PKV)**

Quelle: (Lux, et al., 2013, S. 177)

Die abrechenbaren Leistungen sind im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) festgelegt (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2015). Der Leistungskatalog wird zwischen dem Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenkassen und der kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbart. Die kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen beschließen nach § 87a Abs. 3 SGB V die Gesamtvergütung (Walendzik, Noweski, Heymann, Weegen, & Van der Linde, 2013, S. 322). Diese Gesamtvergütung wird von den KVen nach dem sogenannten Honorarverteilungsmaßstab auf die Ärzte verteilt. Dabei ergibt sich die Höhe der Gesamtvergütung weniger aus dem Behandlungsbedarf sondern vielmehr aus den Beiträgen, die auf die Arbeitseinkommen der Arbeitnehmer erhoben werden. Die ärztliche Leistung, die gegenüber der (zuständigen) KV abgerechnet wird, basiert auf dem sogenannten einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), der für jede Facharztgruppe festgelegt wird. Dabei bestimmt der EBM sowohl den zeitlichen wie auch den monetären Wert einer abrechnungsfähigen Leistung. In der privatärztlichen Versorgung findet anstelle des EBM die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) entsprechende Anwendung, die sich am EBM im Hinblick auf die abrechenbaren Leistungen orientiert. Für den behandelnden Arzt bedeutet dies, dass unabhängig von Aufwand und Zeit für die erbrachte Leistung ein abrechnungsfähiger Preis feststeht. Somit ermittelt sich die Höhe des Honorars in Anlehnung an die im EBM bzw. in der GOÄ festgelegten Preise. Die KVen haben im Rahmen der Gesamtver-

gütung nur ein begrenztes Budget zur Verfügung, welches sie auf die Arzt- bzw. Facharztgruppen verteilen können. Für eine bedarfsgerechtere Allokation der verfügbaren Budgets wurde die sogenannte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) entwickelt, woraus ein Großteil der erbrachten ambulanten Leistungen vergütet wird und worüber eine Mengenbegrenzung erfolgt (Walendzik, Noweski, Heymann, Weegen, & Van der Linde, 2013, S. 326). Hierfür wird facharztspezifisch eine Obergrenze aus dem sogenannten Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) gebildet. Die nachfolgende Abbildung zeigt als Überblick den Systemaufbau im kollektiven ambulanten ärztlichen Verg.



**Abbildung 2-7: Kollektives ambulantes ärztliches Vergütungssystem**

Quelle: (Walendzik, Noweski, Heymann, Weegen, & Van der Linde, 2013, S. 323)

Ohne die Verteilungs- und Abrechnungsmechanismen detaillierter erörtern zu wollen, kann festgehalten werden, dass ein behandelnder Arzt diese Mechanismen kennen und möglichst beherrschen können sollte, was trotz unterstützender IT zumeist als bürokratischer Overhead empfunden wird und Zeit in Anspruch nimmt, die die Zuwendungszeit am Patienten reduziert.

## 2.3 Steigende Ansprüche des Patienten

Gem. § 27 (1) SGB V haben Versicherte *"einen Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern."* Hierdurch hat ein Versicherter den Anspruch, seiner Bedürftigkeit entsprechend einen Arzt aufzusuchen, was sich grundsätzlich als qualitativer Vorteil gegenüber manch anderen Gesundheitssystemen darstellen lässt.

In diesem Zusammenhang sind steigende Ansprüche der Patienten zu beobachten, deren Rechte und Pflichten seit 2013 im Patientenrecht geregelt sind (Bundesministerium für Gesundheit; Bundesministerium der Justiz, 2014). Hierbei ist das sogenannte Moral Hazard Problem zu beobachten, wonach im Rahmen des Sachleistungsprinzips die gesundheitlichen Leistungen vom System zum Nulltarif erwartet werden, ohne dass hierfür entsprechende Vorsorge betrieben werden muss (Jacobs, Kip, & Schulze, 2010, S. 20). Gleichwohl besteht das Bedürftigkeitsprinzip, wonach jeder, der sich behandlungsbedürftig fühlt, auch behandelt wird. Dabei ist auch der superiore Charakter des Gutes Gesundheit zu berücksichtigen, wonach die Nachfrage nach gesundheitlichen Leistungen bei steigendem Einkommen überproportional zum Einkommensanstieg zu beobachten ist (Bräuninger, Vöpel, & Stöver, 2013, S. 10). Das bedeutet, dass eine gesellschaftliche Wohlstandssteigerung die Nachfrage nach höherwertigen Gesundheitsleistungen verstärkt, woraus sich einerseits die Forderung nach Beitragssteigerungen und andererseits nach effizienterer Leistungserbringung ergibt. Sofern der Forderung nach steigenden Beiträgen nachgegeben wird, führt dies wiederum zu einem erhöhten Anspruchsniveau der Versicherten, ohne dass hiermit eine qualitativ bessere Gesundheitsdienstleistung einhergehen muss. Es handelt sich somit um kein klassisches duales Marktverhalten, in dem die Nachfrage das Angebot bzw. das Angebot die Nachfrage bestimmt, sondern das Marktverhalten zudem durch das Gesundheitssystem beeinflusst wird, das die Finanzierung und Vergütung sowie die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen sicherstellt, wie die nachfolgende Abbildung darstellt.



**Abbildung 2-8: Wachstumsdeterminanten im Gesundheitsmarkt**

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Meidenbauer (2005, S. 5)

## 2.4 Qual der Wahl bei freier Arztwahl

Gem. § 76 SGB V besteht für die Versicherten freie Arztwahl. Auch dieser Aspekt stellt grundsätzlich einen qualitativen Mehrwert für den Patienten dar, mag aber auch eine Ursache sein, dass Deutschland mit durchschnittlich 18 Arzt-Patienten-Kontakten pro Kopf und Jahr eine "weltmeisterliche" Stellung einnimmt (Walendzik, Noweski, Heymann, Weegen, & Van der Linde, 2013, S. 309). Folgt man Ochs, Jahn & Matusiewicz (2013, S. 32), wird durch die freie Arztwahl ein Anreiz geschaffen, dass sich die Leistungserbringer auf die Bedürfnisse der Patienten einstellen und somit von einer Steigerung der Qualität und Effizienz ausgegangen werden kann.



Für einen Versicherten stellt sich jedoch die Frage, welcher Arzt der geeignete für eine vorliegende Erkrankung ist. Gem. § 73 SGB V gliedert sich die vertragsärztliche ambulante Versorgung in die hausärztliche und fachärztliche Versorgung. Ein Facharzt zeichnet sich durch eine anerkannte mindestens fünfjährige Weiterbildung nebst einer Facharztprüfung vor einer Landesärztekammer auf einem medizinischen Fachgebiet aus. Dabei strukturiert sich die fachärztliche Versorgung in Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen, die in der Weiterbildungsordnung (WBO) der jeweiligen Landesärztekammer in Anlehnung an die Musterweiterbildungsverordnung der Bundesärztekammer festgelegt wird. So benennt bspw. die WBO für die Ärzte Bayerns im Abschnitt B allein 33 Gebiete, die teilweise noch in Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen differenziert werden, so dass sich eine Anzahl von 69 Bezeichnungen ergibt (vgl. nachfolgende Abbildung).

#### Übersicht

1.	Gebiet Allgemeinmedizin	14	14.	Gebiet Kinder- und Jugendmedizin	38
2.	Gebiet Anästhesiologie	15	14.1	Schwerpunkt Kinder-Endokrinologie und Diabetologie	37
3.	Gebiet Anatomie	15	14.2	Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und -Onkologie	37
4.	Gebiet Arbeitsmedizin	16	14.3	Schwerpunkt Kinder-Kardiologie	38
5.	Gebiet Augenheilkunde	17	14.4	Schwerpunkt Kinder-Nephrologie	38
6.	Gebiet Biochemie	17	14.5	Schwerpunkt Kinder-Pneumologie	39
7.	Gebiet Chirurgie	18	14.6	Schwerpunkt Neonatologie	39
7.1	Facharzt für Allgemeinchirurgie	18	14.7	Schwerpunkt Neuropädiatrie	39
7.2	Facharzt für Gefäßchirurgie	19	15.	Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	40
7.3	Facharzt für Herzchirurgie	19	16.	Gebiet Laboratoriumsmedizin	41
7.4	Facharzt für Kinderchirurgie	20	17.	Gebiet Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	42
7.5	Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie	21	18.	Gebiet Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	43
7.6	Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie	21	19.	Gebiet Neurochirurgie	44
7.7	Facharzt für Thoraxchirurgie	22	20.	Gebiet Neurologie	44
7.8	Facharzt für Viszeralchirurgie	23	21.	Gebiet Nuklearmedizin	45
8.	Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe	23	22.	Gebiet Öffentliches Gesundheitswesen	46
8.1	Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	24	23.	Gebiet Pathologie	46
8.2	Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	25	23.1	Facharzt für Neuropathologie	46
8.3	Schwerpunkt Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	25	23.2	Facharzt für Pathologie	47
9.	Gebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	26	24.	Gebiet Pharmakologie	47
9.1	Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	26	24.1	Facharzt für Klinische Pharmakologie	47
9.2	Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	27	24.2	Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie	48
10.	Gebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten	28	25.	Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin	48
11.	Gebiet Humangenetik	29	26.	Gebiet Physiologie	49
12.	Gebiet Hygiene und Umweltmedizin	29	27.	Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie	50
13.	Gebiet Innere Medizin	30	27.1	Schwerpunkt Forensische Psychiatrie	51
13.1	Facharzt für Innere Medizin	30	28.	Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	51
13.2.1	Facharzt für Innere Medizin und Angiologie	31	29.	Gebiet Radiologie	53
13.2.2	Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	32	29.1	Schwerpunkt Kinderradiologie	53
13.2.3	Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie	32	29.2	Schwerpunkt Neuroradiologie	54
13.2.4	Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	33	30.	Gebiet Rechtsmedizin	54
13.2.5	Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie	34	31.	Gebiet Strahlentherapie	55
13.2.6	Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie	34	32.	Gebiet Transfusionsmedizin	55
13.2.7	Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie	35	33.	Gebiet Urologie	56
13.2.8	Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie	35			

**Abbildung 2-9: Abschnitt B - Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktbezeichnungen**

Quelle: (Bayerische Landesärztekammer, 2013)

Für den Patienten dürfte es in einer derartigen Vielzahl spezialisierter Fachärzte zuweilen eine Herausforderung darstellen, den geeigneten Arzt zu finden, wobei der behandelnde Hausarzt als sogenannter Gatekeeper fungiert, der den Patienten bei der Suche unter-

stützt (Ochs, Jahn, & Matusiewicz, 2013, S. 33). Dabei wird jedoch unterstellt, dass der Hausarzt die speziellen Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktbezeichnungen und die sich dahinter verbergende Spezialisierung kennt und für den jeweiligen Patienten als geeignet bewertet. Aufgrund der sich immer wieder ändernden Weiterbildungsordnung kann dies jedoch nur bedingt angenommen werden, zumal sich die Weiterbildungsverordnungen von Bundesland zu Bundesland unterscheiden. So wird beispielsweise der Facharzt für Nervenheilkunde, der die Fachgebiete der Neurologie und der Psychiatrie in einer Facharztbezeichnung vereint, mittlerweile nicht mehr aufgeführt.

Somit kann sich ein Patient auf den Rat und die Kenntnis seines behandelnden Hausarztes verlassen oder sich eigenständig informieren, welche Fachärzte für welche Diagnostik und Therapie in Frage kommen könnten. Hilfreich hierbei ist die zunehmende Internetpräsenz von Facharztpraxen, wodurch sich ein Patient über das Kompetenz- und Leistungsspektrum der Praxis informieren kann. Allerdings erscheinen viele Internetauftritte von Facharztpraxen für den Laien unverständlich. Dies mag auch an den Bestimmungen der Muster-Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) liegen. Hiernach ist gem. § 27, Abs. 3 *"...Werbung für eigene oder fremde gewerbliche Tätigkeiten oder Produkte im Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit unzulässig"*. Gem. § 27, Abs. 4 MBO-Ä dürfen die Facharztbezeichnungen *"nur in der nach der Weiterbildungsverordnung zulässigen Form geführt werden"*. Somit bedarf es folglich der inhaltlichen Auseinandersetzung mit der Terminologie der Facharzt- und Schwerpunktbezeichnungen oder aber der Patient verlässt sich dann doch auf den Rat und die Empfehlung seines Hausarztes.

Die möglicherweise bestehende Hoffnung eines Patienten, zum Hausarzt zu gehen und von diesem den spezialisierten Facharzt idealerweise nebst Anschrift empfohlen zu bekommen, dürfte streng genommen nicht erfüllt werden, da dies den Regularien der MBO-Ä widerspricht. Hiernach dürfen gem. § 31, Abs. 2 Ärzte ihre Patienten *"nicht ohne hinreichenden Grund bestimmten Ärzten ... empfehlen oder an diese verweisen"*. Diese Regelungen werden hier nicht kontrovers diskutiert, zumal sie den Zweck verfolgen, den Patientenschutz durch sachgerechte und angemessene Information zu gewährleisten und einer Kommerzialisierung des Arztberufs entgegenzuwirken (vgl. § 27 MBO-Ä). Es lässt sich jedoch festhalten, dass auch der Hausarzt als Lotse streng genommen keinen speziellen Facharzt empfehlen sondern nur auf in Frage kommende Fachärzte verweisen darf.

Die Entscheidung verbleibt also beim Patienten, der die Qual der Wahl hat.

## **2.5 Problematik bei fachbereichsübergreifenden Diagnosen**

Die eben beschriebene Suche nach einem geeigneten Facharzt erschwert sich bei einer fachbereichsübergreifenden Diagnose, da in diesem Fall zwei oder auch mehrere spezialisierte Fachärzte aufzusuchen sind, sofern nicht ein Facharzt mit mehreren Facharztbezeichnungen auffindbar ist, der zugleich eine vorliegende fachbereichsübergreifende Di-



agnose behandelt. Dies wird schon dadurch erschwert, da der Patient hierfür wissen muss, dass es sich bei seiner Krankheit um eine fachbereichsübergreifende Mehrfachdiagnose handelt. Somit muss ein solcher Patient zunächst einen Arzt finden, der diese Diagnose stellt und zudem dem Patienten empfiehlt, sich in die Behandlung mehrerer Fachärzte zu begeben.

Der Patient steht somit vor der Herausforderung, in einem schwer durchschaubaren Markt zahlreicher Leistungserbringer die richtigen zu finden. Hier kann zumindest die These vertreten werden, dass sich dies nicht immer einfach gestaltet, zumal sich durch den beschriebenen Wettbewerbs- und Kostendruck und die zunehmende Bürokratisierung die Zuwendungszeit des Arztes am Patienten eher reduziert.

## **2.6 Selbstbestimmungsrecht des Patienten**

Nach gängiger Rechtsprechung bedürfen ärztliche Heileingriffe grundsätzlich der Einwilligung des Patienten, da sie anderenfalls den Tatbestand der (vorsätzlichen) Körperverletzung erfüllen (vgl. bspw. BGH, Urteil vom 05.07.2007 – 4 StR 549/06). Ausgangspunkt hierfür ist Art. 1 Abs. 1, Art. 2 Abs. 1 und 2, dem Recht der Menschenwürde, dem Recht der körperlichen Unversehrtheit und dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht. Hieraus leitet sich das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ab. Das bedeutet, der Patient besitzt das Verfügungsrecht über seinen Körper und entscheidet, ob er sich einer therapeutischen Maßnahme unterzieht oder diese verweigert.

Damit verbleibt die Entscheidung beim Patienten, der in der Regel mangels medizinischer Qualifikation sich auf den Rat und die Empfehlung seines behandelnden Arztes verlassen muss. Dies gestaltet es sich aus Sicht eines Patienten mit einer fachbereichsübergreifenden Diagnose als Herausforderung, die fachärztlich geeigneten Ärzte zu finden, auch wenn er – wie beschrieben - vom dabei Hausarzt unterstützt wird. Nimmt man an, der Patient mit einer fachbereichsübergreifenden Diagnose hat diese Herausforderung gemeistert und ist in der Behandlung verschiedener geeigneter fachlich spezialisierter Ärzte, so bleibt dennoch die Problematik bestehen, dass diese in der Regel als niedergelassene Vertragsärzte unabhängig voneinander praktizieren und sich nur mittels Dokumentation in Form von Arztbriefen austauschen. Die Folge für den Patienten ist die teilweise redundante Anamnese und ggf. voneinander abweichende Diagnose der verschiedenen Fachärzte wie auch zeitlich nicht aufeinander abgestimmte Arztbesuche mit der Folge nur bedingt aufeinander abgestimmter Therapieempfehlungen. Somit hat der Patient nicht nur bei der Auswahl des Arztes die Qual der Wahl sondern auch bei der Entscheidung möglicherweise voneinander abweichenden bzw. nicht aufeinander abgestimmten Therapieempfehlungen.

## 2.7 Zusammenfassung zur Ableitung der Fragestellung

Im Rahmen des Bedürftigkeitsprinzips ergibt sich der Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen aus der Kaufkraft (Beiträgen der Versicherten und der Arbeitgeber) sowie den staatlichen Zuschüssen. Das begrenzt zur Verfügung stehende Budget bestimmt nicht zuletzt das Angebot der gesundheitlichen Leistungen. Mit steigendem Einkommen nimmt der Anspruch der Versicherten auf gesundheitlichen Leistungen überproportional zu. Zur Dämpfung dieses Kreislaufs begegnet der Staat als zentraler Akteur mit zunehmendem Wettbewerb, im Rahmen dessen Institutionen und Verbände als Vertreter der Leistungserbringer und Leistungsempfänger einen Interessensausgleich und Verteilungsgerechtigkeit herstellen.

Der zunehmend besser aufgeklärte und informierte Patient erwartet qualitativ hochwertige Leistung von seinem behandelnden Arzt, dessen Vergütung durch den EBM (bei privat Versicherten durch die GoÄ) festgelegt wird. Zugleich führen zunehmende Qualitätsanforderungen wie z.B. die ärztliche Dokumentationspflicht aber auch die Bürokratisierung im Rahmen der Abrechnung zur Reduktion der Zuwendungszeit am Patienten, die dieser wiederum erwartet.

Der Patient hat Anspruch auf freie Arztwahl und damit auch die Qual der Wahl. Daraus ergibt sich die Herausforderung, für eine optimale Therapie einen geeigneten Facharzt zu finden. Um bei der Vielzahl von hoch spezialisierten Fachärzten einen geeigneten zu finden, wäre es für den Patienten hilfreich, seine Diagnose zu kennen. Dafür benötigt der Patient jedoch in der Regel die Beratung eines Arztes oder eines Experten. Sofern es sich bei einer Erkrankung um eine fachbereichsübergreifende Diagnose handelt, ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen spezialisierten Fachärzten hilfreich oder gar erforderlich, wofür jedoch erst mal die Diagnose eines fachbereichsübergreifenden Krankheitsbildes durch einem Arzt gestellt werden muss. Doch auch wenn diese feststeht, muss der Patient zwischen ggf. unterschiedlichen nicht aufeinander abgestimmten Therapieempfehlungen entscheiden.

Somit ergibt sich die Fragestellung, wie sich Arzt- bzw. Facharztpraxen im Sinne des Prozessmanagements optimal strukturieren und organisieren können, um dem Patientenbedürfnis, d.h. dem bestmöglichen Therapieerfolg, gerecht werden zu können.

Für die vorliegende Arbeit wird dies am Beispiel des Krankheitsbildes Schmerz erörtert. Bei Schmerzpatienten ist der bestmögliche Therapieerfolg die Schmerzfreiheit oder zumindest die Schmerzlinderung. Bei diesem Krankheitsbild handelt es sich zuweilen um eine fachbereichsübergreifende Mehrfachdiagnose mit multifaktorieller Genese, wie im nachfolgenden Kapitel dargestellt wird.

### **3 Chronisches Schmerzsyndrom als fachgebiets- übergreifende Mehrfachdiagnose**

Das chronische Schmerzsyndrom eignet sich als Beispiel für eine fachbereichsübergreifende Mehrfachdiagnose allein schon aufgrund der Auftrittshäufigkeit, worauf später noch eingegangen wird. Für die Herleitung der Anforderungen an einer optimalen Behandlung in einer Arztpraxis wird im Folgenden das Krankheitsbild Schmerz erläutert, ohne dass dabei Anspruch auf eine medizinisch fundierte Auseinandersetzung besteht. Vielmehr soll mit diesem Kapitel aufgezeigt werden, welche Informationen für einen betroffenen Patienten infolge einer ausführlichen Recherche auffindbar sind und welche Schlüsse hieraus hinsichtlich Behandlung und Therapie für Facharztpraxen aber auch Patienten ableitbar sind.

#### **3.1 Definition von Schmerz**

Nach der Weltgesundheitsorganisation bedeutet Schmerz, wenn der Patient etwas als schmerzhaft empfindet, d.h. ein unangenehmes Sinnes- oder Gefühlserlebnis, das mit tatsächlicher oder potenzieller Gewebeschädigung einhergeht oder von betroffenen Personen so beschrieben wird, als wäre eine solche Gewebeschädigung die Ursache (WHO, 2008, S. 29).

Schmerz wird auch als unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis beschrieben. Mit Sinneserlebnis sind Wahrnehmungen wie z.B. brennend, stechend, bohrend oder reißend gemeint, während mit Gefühlserlebnis Wahrnehmungen wie z.B. quälend, mörderisch oder erschöpfend beschrieben werden (Nobis & Rolke, 2012, S. 12). Trotz allen Leids, das durch Schmerzen verursacht wird, übernimmt der Schmerz eine überlebenswichtige Funktion, indem er bei Gefahren beschützt und alarmiert, oft bevor eine Verletzung überhaupt stattgefunden hat oder sich zu verschlimmern droht. Aufgrund von Schmerzen verändert sich das Verhalten bspw. in Form von Schonhaltung. Schmerzen tragen aber auch entscheidend zum Heilungsprozess bei, wenn z.B. infolge einer Schädigung des Gewebes spezielle Nervenzellen aktiviert werden und eine Gefahrenbotschaft ans Rückenmark schicken, worüber bei Überschreitung eines Schwellenwertes die Gefahrenbotschaft ans Gehirn weitergeleitet wird. Dabei werden im Gehirn Schmerzen "produziert" und hierdurch entsprechende körpereigene Abwehrmechanismen und Verhaltensweisen aktiviert (Butler & Moseley, 2009, S. 21 ff.). Schmerz lässt sich somit als Frühwarnsystem und Schadensmelder des Körpers bezeichnen. Wie intensiv ein Schmerzreiz empfunden wird, ob dadurch bspw. Angst und Panik ausgelöst wird, hängt nicht allein vom reinen Nervensignal ab. Vielmehr handelt es sich zumeist um ein Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren, weshalb der sogenannte "bio-psycho-soziale Schmerz" von jedem anders empfunden wird (Nobis & Rolke, 2012, S. 13).

## 3.2 Akuter und chronischer Schmerz

Bei der Wahrnehmung von Schmerz wird zwischen akutem und chronischem Schmerz unterschieden. Akute Schmerzen stellen dabei eine Warnfunktion des Körpers zur Vermeidung von Gewebeschäden dar. Durch akute Schmerzwahrnehmung werden Reizungen, Wunden oder Entzündungen im Körper angezeigt sowie ob sich diese möglicherweise ausbreiten. Dabei handelt es sich um keinen "Gegner" sondern um einen "Helfer", der z.B. bei Zahnweh, Verstauchungen, Prellungen, Sonnenbrand oder Muskelverspannungen ein Signal zu einer Verhaltensänderung z.B. in Form von Ruhe, Vermeidung von Sonne oder aber auch dem Gang zum Arzt sendet (Nobis & Rolke, 2012, S. 14)

Schmerz wird als chronisch klassifiziert, wenn ein Patient dauernd oder wiederkehrend länger als sechs Monate darunter leidet (Kürten, 2001, S. 2). Andere Autoren bezeichnen Schmerz bereits bei einer Dauer von mehr als drei Monaten als chronisch. Bei anhaltenden oder häufig wiederkehrenden Schmerzen ist grundsätzlich zwischen zwei Ursachen zu unterscheiden. Eine Ursache für anhaltenden Schmerz sind chronische Krankheiten wie z.B. rheumatische Leiden, Diabetes oder Tumorerkrankungen. Eine weitere Ursache liegt vor, wenn der Schmerz selbst zur Erkrankung wird, obgleich eine körperliche (somatische) Ursache nicht oder nicht mehr vorliegt und somit die biologisch sinnvolle Warnfunktion verloren gegangen ist (Nobis & Rolke, 2012, S. 14).

Somit lässt sich zusammenfassen, dass bei akutem Schmerz vorzugsweise körperliche Aspekte, bei chronischem Schmerz zunehmend psychosoziale Aspekte vorliegen. Wie in nachfolgender Abbildung dargestellt, findet die Wahrnehmung jedoch völlig unabhängig von den Ursachen immer im Gehirn statt (Butler & Moseley, 2009, S. 11).



**Abbildung 3-1: Schmerzwahrnehmung findet immer im Gehirn statt**

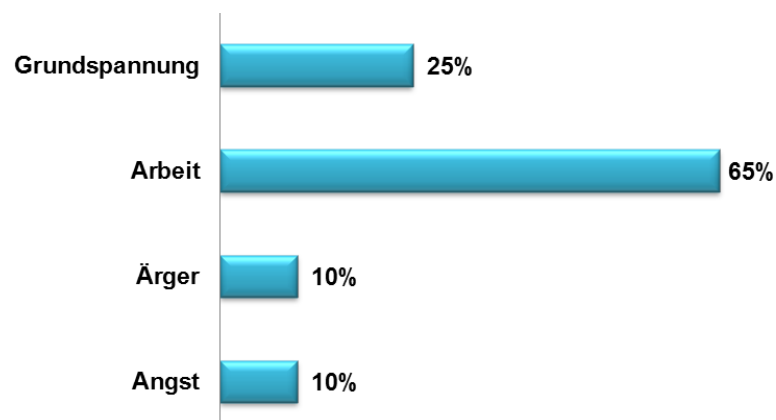
Quelle: Eigene Darstellung

Insbesondere wenn die Ursache für den anhaltenden Schmerz nicht bekannt ist, ist dies sowohl für den Patienten als auch dessen soziales Umfeld zusätzlich belastend. So kann sich die Schmerzempfindlichkeit zu einer Überempfindlichkeit aufschaukeln, so dass bereits eine leichte Berührung, mäßige Hitze oder Druck als starker Schmerz empfunden wird, was bei Außenstehenden zu entsprechendem Unverständnis führen kann bis hin zu Simulationsvorwürfen. Diese Empfindlichkeitssteigerung zeigt sich nicht nur in den Nervenzellen der Gewebe (z.B. innere Organe, Gelenke, Muskel) sondern auch im Rücken-

mark und im Gehirn, weshalb häufig vom sogenannten Schmerzgedächtnis zu lesen ist (Nobis & Rolke, 2012, S. 15 ff.).

### 3.3 Zusammenhang zwischen Schmerz und Psyche

Insbesondere bei chronischen Schmerzen liegt häufig ein Zusammenhang von psychosozialen Einflüssen und dem Schmerzempfinden vor. So sind von chronischem Schmerz Betroffene häufig davon überzeugt, dass eine körperliche (somatische) Ursache vorliegen muss, was den Gang zum Orthopäden oder Neurologen nahelegt. Sofern dieser keine oder keine ursächliche Schädigung feststellen kann, wächst die Sorge des Erkrankten, dass ihm Simulantentum unterstellt wird, was nicht zuletzt zu Stress führen kann. Als häufigste Ursache für chronische Schmerzen wird eine Kombination aus lang anhaltenden körperlichen, seelischen und sozialen Belastungen aufgeführt, die auch als bio-psycho-sozialer Dauerstress bezeichnet werden. Nach Nobis (2012, S. 18) ist dieser bio-psycho-sozialer Dauerstress für über 80 % aller Rückenschmerzen ursächlich. Dabei ist die Stressanfälligkeit und -bereitschaft auch auf belastende Ereignisse in der Kindheit und Jugend zurückzuführen. Stressbedingte körperliche Beschwerden zeigen sich häufig nach Todesfällen, langen und schwerwiegenden Konflikten in der Familie oder am Arbeitsplatz oder bei Mehrfachbelastung durch Beruf und Familie. Nobis (S. 20) gewichtet Stressfaktoren, die zu Schmerzen führen können wie folgt:



**Abbildung 3-2: Stressfaktoren als Schmerztrigger**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Nobis (2012, S. 20)

Stress muss sich jedoch keineswegs als Schmerz bemerkbar machen, vielmehr zeigt sich Schmerz als Reaktion von Stress, wenn das "Fass überzulaufen droht". Bei lang anhaltender körperlicher, psychischer und / oder sozialer Überbelastung / Überforderung wird die "Stress-Alarmanlage" ausgelöst, woraufhin Muskelanspannung, -verkürzung und –verhärtung ausgelöst wird. Dabei sendet das Gehirn ein Signal, "einen Gang zurückzuschalten", was häufig als Erschöpfung und Zweifel an der Leistungsfähigkeit interpretiert wird. Der Phase der Erschöpfung folgt häufig das Auftreten von Schmerzen (Nobis & Rolke, 2012, S. 20 f.).

Schmerzen wiederum erhöhen eine bestehende Muskelverspannung, wodurch die Erschöpfung und reduzierte Leistungsfähigkeit zunimmt. Die Folge ist die Steigerung der Schmerzintensität. Dies löst wiederum Frustration, Ärger, Angst, Zweifel und Mutlosigkeit aus, mit hierunter weiterer Verstärkung des psychischen Stresses im Sinne des Erlebens z.B. von Versagensängsten, globalem Insuffizienzgefühl sowie Minderung des Selbstwertgefühls durch den schmerzbedingten Verlust der Leistungsfähigkeit. Es entsteht ein wie in nachfolgender Abbildung dargestellter Teufelskreis, bei dem ein akuter Schmerz in einen Dauerschmerz, also chronischen Schmerz mündet.

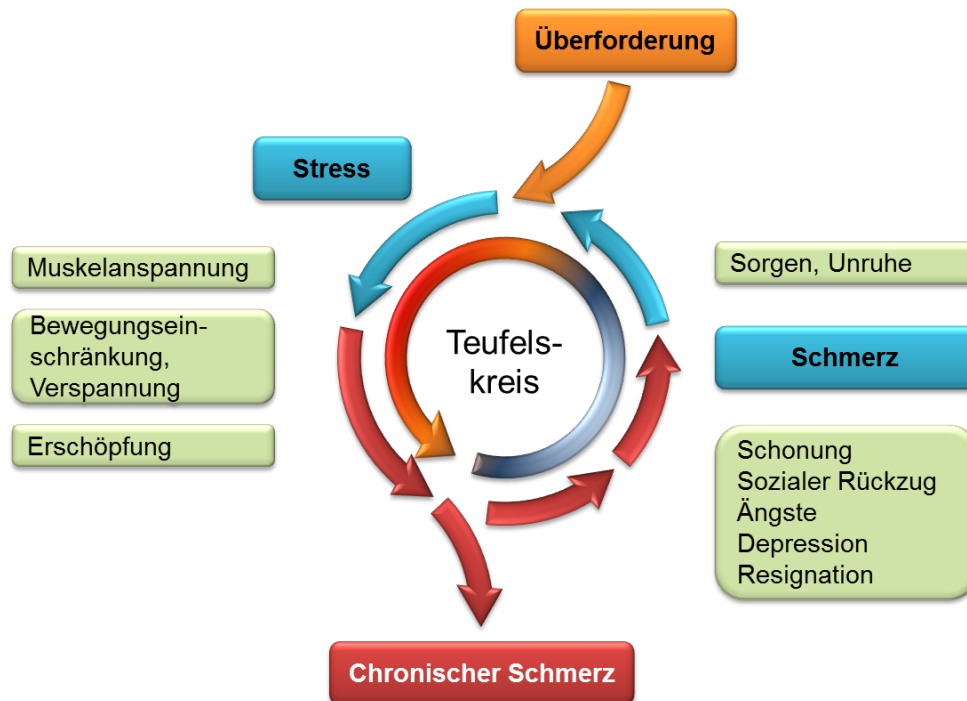
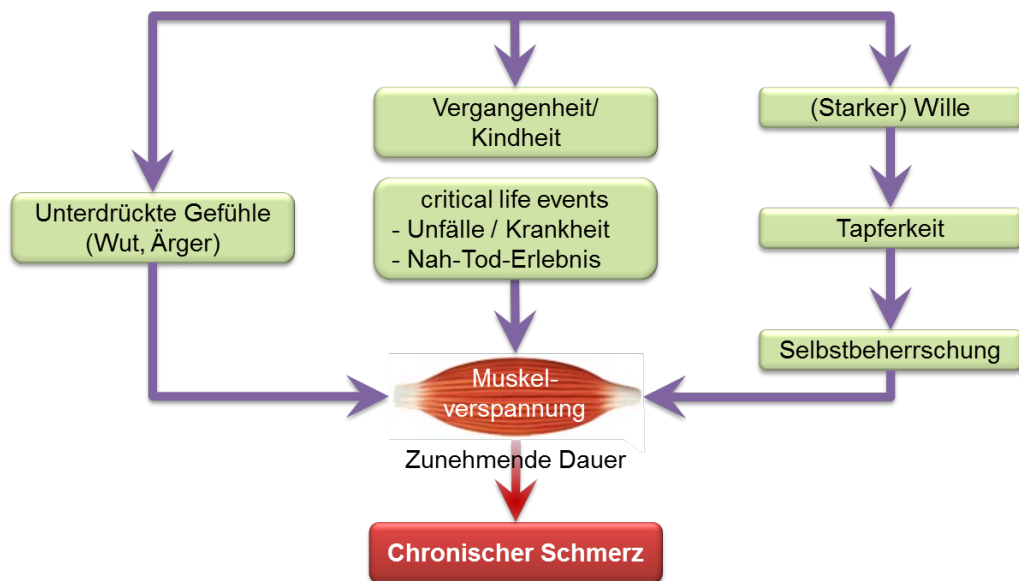


Abbildung 3-3: Teufelskreislauf Schmerz

Quelle: Eigene Darstellung nach Nobis (2012, S. 22)

Neben Stress, Ärger und Überforderung und der damit einhergehenden Muskelverspannung und Erschöpfung gibt es auch den "seelischen" Schmerz infolge sogenannter "critical life events" wie z.B. der "schmerzhafte" Verlust eines geliebten Menschen. Dabei zeigt sich bei Menschen mit starkem Willen, Tapferkeit und Selbstbeherrschung infolge der Unterdrückung der Verlustgefühle nicht selten eine Muskelverspannung, die bei anhaltender Dauer wiederum als Schmerz wahrgenommen wird. Wie die nachfolgende Abbildung zeigt, kann es zudem infolge dauerhafter Unterdrückung von Gefühlen wie bspw. Wut und Ärger, deren Ursachen auch in der Vergangenheit bzw. Kindheit liegen können, zu einem chronischen Schmerzempfinden kommen (Nobis, 2012, S. 24).



**Abbildung 3-4: Bio-psycho-sozialer Muskelschmerz**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Nobis (2012, S. 24)

Komplikationen entstehen häufig im Krankheitsverlauf, wenn Betroffene mangels Therapieerfolgen mit einem Gefühl der Nutzlosigkeit und mit sozialem und / oder beruflichem Rückzug reagieren und sich nicht selten eine Rückkehr an den Arbeitsplatz nicht mehr zutrauen. Die Folge sind beispielsweise Zukunftsängste, Selbstzweifel und Mutlosigkeit, die auch als Anzeichen einer weiteren Krankheit, einer "reaktiven Depression", bekannt sind (Nobis, 2012, S. 22).

Spätestens jetzt wird auch von einem chronischen Schmerzsyndrom als fachbereichs-übergreifende Mehrfachdiagnose gesprochen.

### 3.4 Einteilung des chronischen Schmerzsyndroms

Von einem Syndrom spricht man bei Vorliegen verschiedener in einem Zusammenhang stehender Krankheitsanzeichen, der sogenannten Symptome. In diesem Zusammenhang sind beim chronischen Schmerzsyndrom differentialdiagnostisch die in nachfolgender Abbildung dargestellten Ursachen bzw. Entstehungsmechanismen chronischer Schmerzzustände abzugrenzen.

Chronisches Schmerzsyndrom					
Nozizeptiv / neuropathisch		Funktionelles Schmerzsyndrom			Psychische Störung / Leitsymptom Schmerz
Keine psychische Komorbidität	Psychische Komorbidität	Ohne Angststörung	Mit Angststörung	Anankastische Persönlichkeitsstörung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Somatoforme Schmerzstörung</li> <li>- Somatisierungsstörung</li> <li>- Posttraumatische Belastungsstörung</li> <li>- Depression</li> <li>- Hypochondrie / Wahn</li> <li>- coenästhetische Psychose</li> <li>- Simulation</li> </ul>

**Tabelle 3-1: Ursachen des chronischen Schmerzsyndroms**

Quelle: Eigene Darstellung nach Egle & Zentgraf (2014, S. 27)

### 3.4.1 Nozizeptiv bzw. neuropathisch determinierter Schmerz

Nozizeptiv bzw. neuropathisch verursachte Schmerzen sind beispielsweise Bandscheibenschäden oder diabetische Folgeschäden an peripheren Nerven, der sogenannten Polyneuropathie. Diese Schmerzen sind häufig vergesellschaftet mit psychischen und Verhaltensfaktoren wie z.B. Katastrophisieren, emotionalen Konflikten, ausgeprägt sekundärem Krankheitsgewinn und inadäquatem Schmerzverhalten, die den Verlauf somatisch begründeter Schmerzen ungünstig beeinflussen. Bei 25-32 % der Patienten mit körperlicher Erkrankung liegt eine psychische Komorbidität vor. Die häufigsten psychischen Komorbiditäten des chronischen Schmerzsyndroms sind Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen sowie Persönlichkeitsstörungen, die nicht selten mit Analgetika-Missbrauch einhergehen (Egle & Zentgraf, 2014, S. 28).

### 3.4.2 Funktionelles Schmerzsyndrom

Beim funktionellen Schmerzsyndrom handelt es sich um schmerzauslösende Funktionsstörungen eines Organs oder Organsystems ohne Vorliegen einer strukturellen Läsion wie z.B. Herz-, Abdomen- oder Unterleibsschmerzen aber häufig auch hartnäckige Schmerzen in der Schulter-Nackenregion, Spannungskopfschmerz und / oder unspezifischer Schmerz des unteren Rückens. Diese Schmerzzeichen treten typischerweise nach anhaltendem psycho-sozialen Stress auf sowie bei chronischer Überforderung, die in belastungsfreien Phasen wie z.B. am Wochenende oder im Urlaub nachlassen. Dabei ignorieren gerade Menschen mit hohem Pflicht- und Leistungsanspruch lange diese Warnsignale der psychischen und körperlichen Überforderung, weshalb ärztliche Hilfe kaum oder erst sehr spät in Anspruch genommen wird. Insbesondere bei Patienten mit Muskelspannungsschmerzen zeigen sich häufig auch Angst bzw. phobische Störungen aber auch anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitszüge bzw. Störungen, weshalb eine entsprechende Differentialdiagnostik erforderlich ist (S. 28).



### 3.4.3 Psychische Störungen mit Leitsymptom Schmerz

Bei der dritten Gruppe der chronischen Schmerzpatienten liegen psychische Störungen mit dem Leitsymptom Schmerz vor. Dabei wird mit Leitsymptom Schmerz zwischen anhaltender somatoformer Schmerzstörung, der Somatisierungsstörung, der posttraumatischen Belastungsstörung, der Depression, der Hypochondrie (Wahn), der coenästhetische Psychose, artefizielle Störung und Simulation unterschieden.

Bei *anhaltenden somatoformen Schmerzen* klagen Patienten über sehr stark belastende Schmerzen, die das Muskel-Skelettsymptom betreffen und mindestens drei Monate andauern. Dabei ist charakteristisch ein multilokaler Dauerschmerz, der sich meist im Rücken, Arme, Beine, Gesicht, Becken lokalisieren lässt. Begleitsymptome sind Müdigkeit/Erschöpfung, Taubheit, Schwindel, Gehbeschwerden und Herzrasen, die wiederum Übergänge zur Somatisierungsstörung darstellen. Dabei berichten diese Patienten häufig über erhebliche frühkindliche Stressbelastung als Opfer oder Zeuge von Gewalt sowie von emotionaler Vernachlässigung, die sie oft jahrzehntelang kompensieren und bewältigen konnten. Die somatoforme Schmerzstörung auslösenden Stressoren sind psychosoziale Stressoren wie z.B. Verlust- oder Gewalterleben (Kündigung, Mobbing) oder emotionale Konflikte. Oft liegt auch ein sogenanntes Verbitterungssyndrom vor. Bei 60 % der Patienten mit anhaltenden somatoformen Schmerzen liegt eine Komorbidität mit Depression und Angsterkrankung vor, bei 14 % eine Persönlichkeitsstörung, was häufig auch mit schwerer Beeinträchtigung der familiären und sozialen Funktionen einhergeht (Egle & Zentgraf, 2014, S. 29 f.).

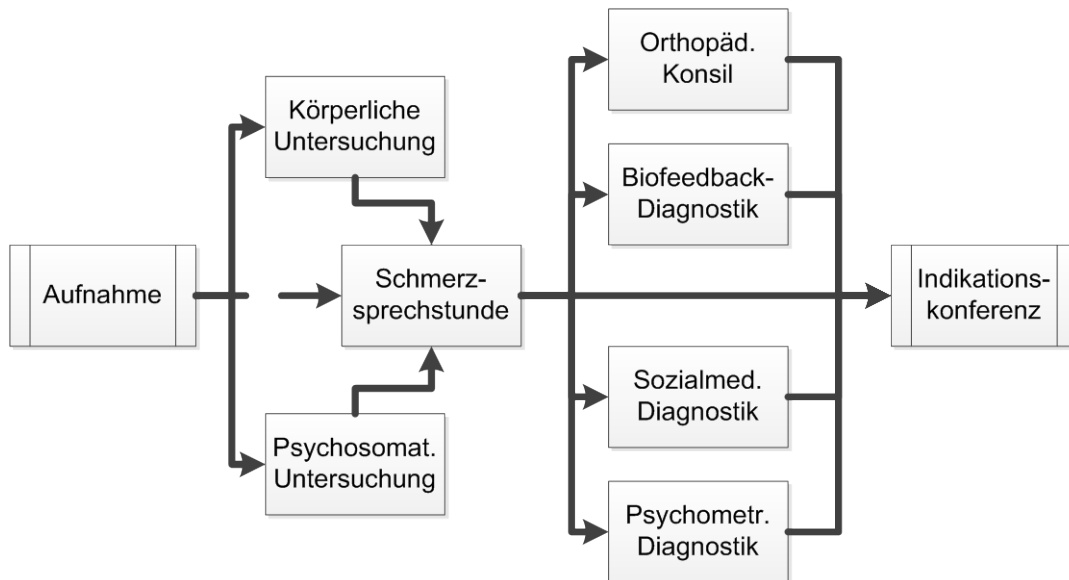
Bei der *Somatisierungsstörung mit Leitsymptom Schmerz* handelt es sich um multiple, wiederholt auftretende und häufig fluktuierende Symptome in wenigstens zwei verschiedenen Organsystemen, ohne dass ein ursächlicher Organbefund diagnostizierbar ist. Häufige Arzt- und Therapeutenbesuche infolge nicht akzeptierter somatischer Befunde sind häufig zu verzeichnen (S. 30)

Bei der *posttraumatischen Belastungsstörung (PTB)* resultiert der Schmerz aus einem zurückliegenden Trauma. Eine PTB kennzeichnet sich durch Kriterien wie z.B. einer Extrembelastung als Opfer oder Zeuge mit damit einhergehender intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen (Auslieferungserleben), beharrliches Wiederleben, intensive psychische Belastung (Angst, Panik, Aggression) bei internen oder externalen Reizen (Trigger, Jahrestage), der Vermeidung von Situationen und Einflüsse, die an das Trauma erinnern, sowie körperliche Reaktion auf die genannten Reize (S. 30).

Bei der *Hypochondrie* sind die Patienten von einer schwerwiegenden Krankheit als Ursache für ihre Schmerzen überzeugt und fürchten sich vor gravierender Behinderung oder gar dem Tod trotz aller Belege der Harmlosigkeit ihrer Befunde. Sie missinterpretieren ihre Symptome, bestehen auf wiederholte Untersuchungen, lassen sich selten beruhigen und verweigern sich gegenüber guten Ratschlägen. Dies geht häufig auch mit der Verweigerung von Medikamenten aus Angst vor den Nebenwirkungen einher (S. 33).

Die *coenästhetische Psychose* ist ein eher selten auftretendes Krankheitsbild. Dabei treten Empfinden als Körperhalluzinationen und sehr häufig als Schmerzen auf, zuweilen auf vergesellschaftet mit einer schizophrenen Psychose mit Symptomen wie akustische Halluzinationen und Depersonalisation.

Die vorgenannten Symptome gilt es differentialdiagnostisch voneinander aber auch von einer etwaigen Simulation abzugrenzen wie die folgende Abbildung zeigt:



**Abbildung 3-5: Differentialdiagnose bei chronischen Schmerzen**

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Egle & Zentgraf (2014, S. 35)

### 3.5 Behandlungsbedarf chronischer Schmerzpatienten aus sozialpolitischer Sicht

Betrachtet man bspw. die Fehltagel infolge Krankheit, sind die beiden häufigsten Diagnosen in der Top 100 Liste der Techniker Krankenkasse depressive Episoden und Rückenschmerzen (vgl. nachfolgende Tabelle). Aber auch die Reaktionen auf schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen (Rang 4), sonstige Bandscheibenschäden (Rang 5) und die rezidivierende depressive Störung (Rang 6) stellen Diagnosen dar, die im Rahmen des chronischen Schmerzsyndroms behandelt werden.

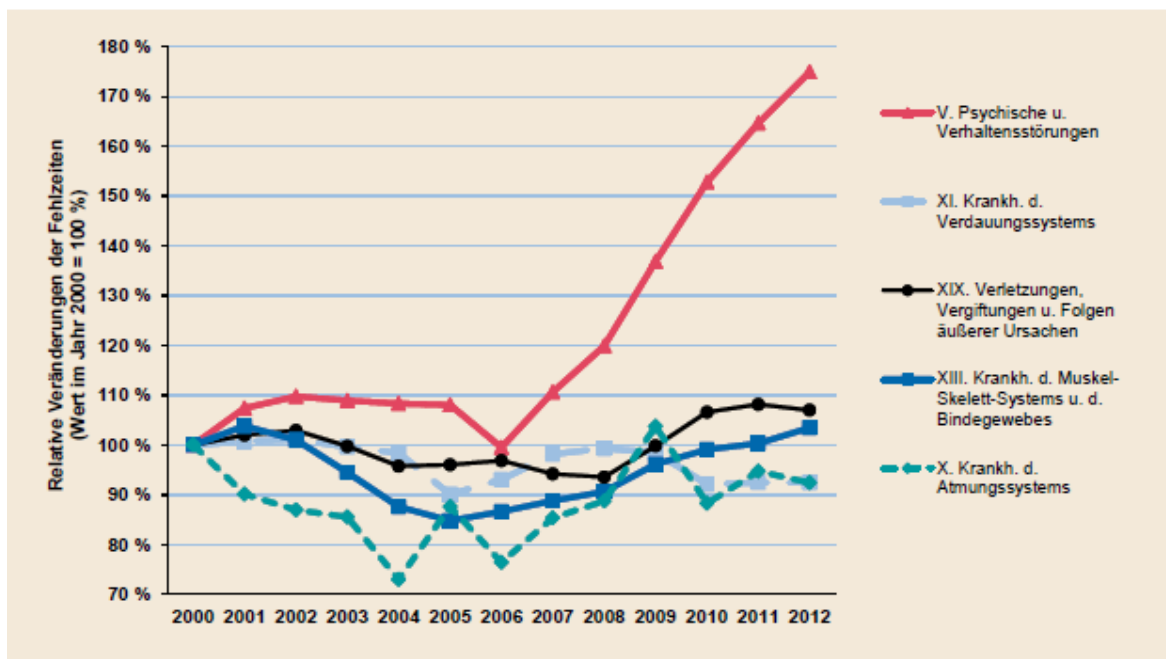
## Anteilig relevante dreistellige ICD10-Diagnosen 2012: Top 100

ICD10-Diagnose	Fälle	Tage je Fall	Tage	Anteil Tage
F32 Depressive Episode	53.872	58,5	3.152.778	5,72 %
M54 Rückenschmerzen	223.908	13,6	3.049.907	5,53 %
J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen	454.720	5,5	2.499.395	4,54 %
F43 Reaktionen auf schwere Belast. u. Anpassungsstörungen	57.679	28,2	1.629.171	2,96 %
M51 Sonstige Bandscheibenschäden	27.652	41,1	1.136.568	2,06 %
F33 Rezidivierende depressive Störung	10.774	88,6	954.987	1,73 %
F48 Andere neurotische Störungen	36.520	24,4	892.812	1,62 %
A09 Diarrhö und Gastroenteritis, vermutl. infektiösen Ursprungs	184.463	4,6	852.364	1,55 %
J20 Akute Bronchitis	120.509	7,0	839.456	1,52 %
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	112.343	6,9	774.654	1,41 %
F45 Somatoforme Störungen	27.167	28,3	768.131	1,39 %
M75 Schulterläsionen	26.310	28,9	760.434	1,38 %
T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	52.236	14,0	733.677	1,33 %
F41 Andere Angststörungen	11.494	59,7	686.049	1,24 %
M23 Binnenschädigung des Kniegelenkes (Internal Derangement)	24.455	27,9	683.430	1,24 %
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)	5.633	102,3	576.217	1,05 %
S83 Luxation, Verstauchung u. Zerrung d. Kniegelenkes	16.638	33,6	558.818	1,01 %
B34 Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	98.341	5,6	550.712	1,00 %
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	27.042	19,2	518.705	0,94 %
K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	109.622	4,6	508.655	0,92 %
M77 Sonstige Enthesopathien	26.411	18,2	479.734	0,87 %
R53 Unwohlsein und Ermüdung	27.132	17,2	467.697	0,85 %
Z73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung	11.078	42,2	467.152	0,85 %

**Tabelle 3-2: Anteilig relevante dreistellige ICD10-Diagnosen 2012: Top 100**

Quelle: (Techniker Krankenkasse, 2013, S. 146)

Psychische Erkrankungen nehmen stetig zu und liegen mittlerweile auf Rang Zwei der wichtigsten Ursachen für Krankschreibungen (vgl. nachfolgende Abbildung). Hierunter fallen auch Erkrankungen des zentralen Nervensystems, denen das Krankheitsbild des chronischen Schmerzes zugeordnet wird.



**Abbildung 3-6: Relative Veränderungen Fehlzeiten**

Quelle: (Techniker Krankenkasse, 2013, S. 90)

Nach Breivik et al. (2006, S. 290) leiden rund 17 % der deutschen Bevölkerung unter chronischen Schmerzen mit prognostisch steigender Tendenz. Dabei werden als langfristige Erkrankung Kreuzschmerzen am häufigsten benannt. Allein durch Kreuzschmerzen entstehen in Deutschland direkte Kosten in Höhe von 8,4 Mrd. Euro pro Jahr, wovon nur rund 15 % auf die medizinische Versorgung entfallen und rund 85 % der Kosten durch Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit bedingten Produktionsausfall entstehen (BÄK, KBV, AWMF, 2011, S. 12).

Es kann somit festgehalten werden, dass sich aus sozialpolitischer Sicht ein Handlungsbedarf zur frühzeitigen Behandlung chronischer Schmerzpatienten ergibt. Dabei dürften neben dem Staat als zentralem Akteur insbesondere die Arbeitgeber wie auch die Krankenkassen ein Interesse an einer wirksamen Therapie haben. Dies ergibt sich beispielsweise aus § 1 SGB V, wonach Krankenkassen durch Aufklärung, Beratung und Leistungen den Versicherten zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken haben. Dabei haben Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte gem. § 2, Abs. 4 SGB V darauf zu achten, dass die „Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden“. Nach § 2a SGB V ist den besonderen Belangen chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen.

Gemäß § 13 SGB XII haben ambulante Leistungen Vorrang vor stationären Leistungen. Im Sinne des § 140 a-d SGB V besteht für Krankenkassen und Leistungserbringer ein erweiterter Handlungsspielraum für die Erbringung interdisziplinärer fachübergreifender Versorgung. Kunze (2009, S. 25) zufolge ist die Anzahl der abgeschlossenen Verträge in der Psychiatrie im Vergleich zu anderen Facharztbereichen jedoch gering. Mit dem § 95 SGB V wurde durch den Gesetzgeber die Möglichkeit geschaffen, medizinische Versor-

gungszentren (MVZ) zu gründen, deren Gründungsmotivation zumeist auf organisatorische und medizinische Synergieeffekte zurückzuführen ist (Amelung, 2010, S. 15). Rudolph et al. (2013, S. 48) zufolge nimmt die Anzahl der registrierten MVZ zwar kontinuierlich zu, allerdings mehrfach auf Seiten der Krankenhäuser während eine Zurückhaltung niedergelassener Ärzte gegenüber MVZ sowie Modellen integrierter Versorgung zu verzeichnen ist. Diese Diskrepanz bei niedergelassenen Ärzten mag sich nicht zuletzt aus der Befürchtung einer zusätzlichen Bürokratisierung bei gleichzeitig verhältnismäßig uninteressanten Liquidationsoptionen ergeben sowie dem Wunsch auf Beibehaltung der Selbstständigkeit eines niedergelassenen Arztes.

Somit ergibt sich die Fragestellung, welche Möglichkeiten und Anreize geschaffen werden können, um in der ambulanten Versorgung effektive und effiziente Therapien für Erkrankte mit chronischem Schmerzsyndrom angeboten werden.

### **3.6 Behandlungsbedarf chronischer Schmerzpatienten aus medizinischer Sicht**

Bei chronischem Schmerz handelt es sich häufig um eine Erkrankung des zentralen Nervensystems. Ungeachtet der wissenschaftlichen Studienlage wird als Therapiestrategie verschiedener Facharztdisziplinen häufig die Verordnung von Analgetika und Opiaten favorisiert, was neben hohen Kosten für Krankenkassen und Rentenversicherungen auch die Chronifizierung der Krankheit zur Folge haben kann (Egle & Zentgraf, 2014, S. 7).

Im Bereich der Schmerztherapie sind zahlreiche Berufsgruppen und Fachdisziplinen beteiligt, wobei nur etwa 20 % aller Schmerzpatienten eine adäquate Schmerzbehandlung erhalten (Osterbrink, 2009, S. 1). Die Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. verweist in ihrer Ethik-Charta darauf, dass die Schmerzbehandlung trotz effizienter Mittel und Methoden unzureichend ist und begründet dies u.a. mit der fehlenden interdisziplinären Orientierung in der Patientenbetreuung (Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V., 2007, S. 2). Bei rund 10 % der chronischen Schmerzpatienten liegt zudem ein komplexes und infolge dessen schwer zu behandelndes Krankheitsbild vor. Durch die zahlreichen Leistungserbringer (wie bspw. Hausärzte, Orthopäden, Neurologen, Radiologen, Schmerztherapeuten, Internisten, Psychotherapeuten) ist es nicht weiter erstaunlich, dass Schmerzpatienten als sog. "Doctor hopper" eingestuft werden (Thoma, Klasen, & Amelung, 2010, S. 177). Anders gesagt verwundert es nicht, dass es der deutschen Schmerzliga (2013, S. 4) zufolge im Schnitt zehn Jahre dauert, bis chronische Schmerzpatienten eine adäquate Schmerzbehandlung erfahren.

Durch häufig monomodale aufeinanderfolgende Therapiekonzepte mit Verabreichung von Analgetika und Opiaten kann sich neben suboptimalen Therapieerfolgen zudem der sogenannte Nocebo-Effekt einstellen, der wissenschaftlich nachgewiesen werden konnte (Egle & Zentgraf, 2014, S. 127). Hierbei bewirkt die Erwartungshaltung des Patienten, dass bspw. die im Beipackzettel beschriebenen Nebenwirkungen auch tatsächlich wahr-

genommen werden. Nicht zuletzt zur Begegnung dieses Risikos bedarf es der psychoedukativen Aufklärung des Patienten, da andernfalls der positive Heilungseffekt einer therapeutischen Maßnahme be- oder gar verhindert werden kann (S. 129). Zu dieser Psychoedukation gehört auch die Erklärung, dass die für das Schmerzempfinden zuständigen Hirnareale auch Teil des zentralen Stressverarbeitungssystems sind, weshalb vereinfacht ausgedrückt das Gehirn Schmerz als eine besondere Form von Stress verarbeitet (S. 14). Schmerz wie auch das Ausmaß des Schmerzes wird in dem Gehirnareal wahrgenommen, das bspw. auch bei sozialer Ablehnung aktiviert wird. Hieraus erklärt sich nicht zuletzt der Zusammenhang zwischen depressiven Syndromen und Schmerzen, die häufig mit sozialem Rückzug und Einsamkeit und nicht selten mit Schmerzmittelmissbrauch einhergehen (Spitzer & Bonenberger, 2012, S. 761). Daraus ergibt sich, dass nicht zuletzt der Patient maßgeblich durch sein eigenes Verhalten am Therapieerfolg beteiligt ist. Häufig ist der Patient nach Auffassung des Autors jedoch nicht selten der Meinung, dass für die Therapie der Krankheit der Arzt alleine verantwortlich sei, was auch als passive Therapiemotivation bezeichnet wird. Von besonderer Bedeutung für eine wirksame Therapie ist deshalb die Aufklärung des Betroffenen über die verschiedenen Erkrankungsformen, Symptome, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten. Denn wenn der Patient Schmerz als "sinnvoll" bzw. erklärbar erlebt, wirkt dies in der Regel schon schmerzentlastend (Richter, 2014, S. 16).

Ein wirkungsvolles Konzept zur Behandlung chronischer Schmerzpatienten ist die multimodale Schmerztherapie. Dabei handelt es sich um die gleichzeitige, inhaltlich, zeitlich und aufeinander abgestimmte interdisziplinäre Behandlung verschiedener Therapieverfahren. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit der Kooperation verschiedener Facharztbereiche. Zur Anwendung kommen somatische, körperlich und psychologisch übende sowie psychotherapeutische Verfahren nach vorgegebenem Behandlungsplan mit unter Ärzten und Therapeuten abgesprochenem Therapieziel (Arnold, et al., 2009, S. 112). Ein wesentliches Ziel ist die Vermeidung oder zumindest Verzögerung der Chronifizierung, die umso stärker fortschreitet, je später mit der Behandlung begonnen wird (Thoma, Klasen, & Amelung, 2010, S. 179). Die besondere Berücksichtigung psychotherapeutischer Therapieverfahren ergibt sich aus dem negativen Einfluss psychosozialer Faktoren auf körperliche Beschwerden. Bei diesen Verfahren handelt es sich bspw. um Psychoedukation, Schmerz- und Stressbewältigung und die Vermittlung sozialer Kompetenzen (Arnold, et al., 2009, S. 115).

Es lässt sich somit festhalten, dass das wirkungsvolle Konzept der multimodalen Schmerztherapie der Kooperation verschiedener Fachärzte bedarf, die nicht sequentiell nacheinander, sondern in interdisziplinärer Abstimmung durchführen, um hiernach gemeinsam dem Patienten verschiedene aufeinander abgestimmte Therapien empfehlen. Dies gilt jedoch nicht nur für die Therapieempfehlung sondern gerade auch für die Diagnostik und die Diagnosestellung, da es für Patienten mit chronischem Schmerzsyndrom für den Therapieerfolg zuträglich ist, wenn diese die verschiedenen Ursachen wie auch die Zusammenhänge ihrer Krankheit verstehen. Für diese Psychoedukation aber auch für die interdisziplinäre Abstimmung in der Phase der Diagnostik, der gemeinsamen Diagno-

sestellung wie auch der gemeinsamen Therapieempfehlung ist entsprechend Zeit erforderlich, die im Praxisalltag ohnedies ein knappes Gut darstellt. Insofern stellt sich die Frage, wie für kooperierende Ärzte die erforderliche Zeit ohne überbordenden Bürokratieaufwand zur Verfügung gestellt werden kann, die zugleich auch adäquat vergütet wird.

### **3.7 Behandlungsbedürfnis aus Sicht chronischer Schmerzpatienten**

Chronische Schmerzpatienten haben das Bedürfnis nach Schmerzfreiheit oder zumindest nach signifikanter Schmerzlinderung. Wie eingangs dieser Arbeit bereits erläutert wurde, ergibt sich das Behandlungsbedürfnis aus dem Behandlungsbedarf in Relation zur Kaufkraft. Aufgrund der Krankenversicherungspflicht, dem Anspruch auf Krankenbehandlung (§ 27 Abs.1 SGB V), der freien Arztwahl (§ 76 SGB V) und hochspezialisierten Ärzten, deren Leistungen in der Regel über die Krankenversicherung erstattet werden, ist die Kaufkraft nach Auffassung des Autors mehr als sichergestellt. Sobald es jedoch für die Behandlung des chronischen Schmerzsyndroms einer interdisziplinäre Abstimmung und Zusammenarbeit hinsichtlich Diagnostik, Diagnose, Therapieempfehlung und -begleitung mehrerer verschiedener Ärzte bedarf, findet der Patient in der ambulanten Versorgung vermutlich ein geringes Angebot.

Auch die Hoffnung, eine solche interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachärzte und Therapeuten in Krankenhäusern, also der stationären Versorgung vorzufinden, dürfte eher die Ausnahme darstellen, da auch Krankenhäuser in der Regel nach Facharztdisziplinen strukturiert sind und der interdisziplinäre Austausch und die Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen nur bedingt anzutreffen ist. Obgleich eine Zunahme von stationären multimodalen Schmerztherapien zu beobachten ist, die sicherlich hinsichtlich Diagnostik und Diagnosestellung wirksam sein dürften, ist die Therapiebegleitung aufgrund der temporären Verweildauer in stationären Einrichtungen nicht sichergestellt, so dass sich der Patient hierfür wieder in den Sektor der ambulanten Versorgung mit der geschilderten Problematik begeben muss.

Insbesondere im Zusammenhang des Prinzips ambulant vor stationär (§ 39 SGB V) stellt sich die Frage, welche Möglichkeiten in der ambulanten Versorgung bestehen, um eine teil- oder vollstationäre Aufnahme im Krankenhaus zu vermeiden. Anders ausgedrückt stellt sich die Frage, wie sich Arztpraxen bzw. niedergelassene Ärzte strukturell und prozessoptimal aufstellen können, um einen größtmöglichen Therapieerfolg für Patienten mit chronischem Schmerzsyndrom sicherzustellen.

## 4 Prozessmanagement als theoretische Grundlage

Wie in den voranstehenden Kapiteln erläutert wird, stellt sich die Frage, wie sich in der ambulanten Versorgung hoch spezialisierte Fachärzte strukturieren und organisieren können, um dem Behandlungsbedürfnis von Erkrankten mit chronischem Schmerzsyndrom unter Berücksichtigung der bestehenden Versorgungsstrukturen optimal gerecht zu werden.

Erfolgreiche Arztpraxen zeichnen sich analog zu Unternehmen dadurch aus, dass sie imstande sind, sich an die ständig wandelnden Rahmenbedingungen anzupassen. Hierfür finden sich verschiedenste Methoden und Ansätze wie beispielsweise Balanced Scorecard, Reengineering, Total Quality Management, Six Sigma, Kaizen oder Customer Relationship Management, um nur einige zu benennen. Unabhängig von einer Bewertung dieser Ansätze gilt für Organisationen und somit auch für Arztpraxen, eine Struktur festzulegen, woraus sich Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten einerseits ableiten und die andererseits geeignet ist, auf die Patientenbedürfnisse<sup>3</sup> sowie die sich ändernden Rahmenbedingungen zu reagieren. Hier setzt das Prozessmanagement an, das strukturübergreifend wiederkehrende Wertschöpfungsketten in den Mittelpunkt der Betrachtung stellt und diese aufgrund der nicht zuletzt sich ändernden Rahmenbedingungen kontinuierlich optimiert. Dabei werden die Anforderungen an die zu erbringende Leistung durch den Patienten bestimmt (Hierzel, Geiser, & Gaida, 2013, S. V).

Zum Thema Prozessmanagement findet sich zahlreiche Literatur. Unternehmen, die Prozessmanagement anwenden, haben u.a. folgende Vorteile benannt: Senkung der Prozesskosten, höhere Kundenzufriedenheit, kürzere Durchlaufzeiten, höhere Mitarbeitermotivation, positivere Unternehmenskultur, Steigerung der Qualität (Dräger & Rößler, 2012, S. 15). Von besonderem Interesse ist dabei, welche Lösungsansätze sich aus dem Prozessmanagement für niedergelassene Arztpraxen ableiten und anwenden lassen. Hierfür wird zunächst in das Thema Prozessmanagement theoretisch eingeführt, um im Anschluss Ansatzpunkte herauszuarbeiten, die für Arztpraxen wie auch Patienten mit chronischem Schmerzsyndrom von Nutzen sein können.

---

<sup>3</sup> In der Literatur wird in der Regel vom Kunden gesprochen. In der hier vorliegenden Arbeit ist der Kunde der Patient, weshalb auch bei Verweisen auf entsprechende Management-Literatur Patient als Synonym für Kunde verwendet wird.



## 4.1 Begriffliche Erläuterungen

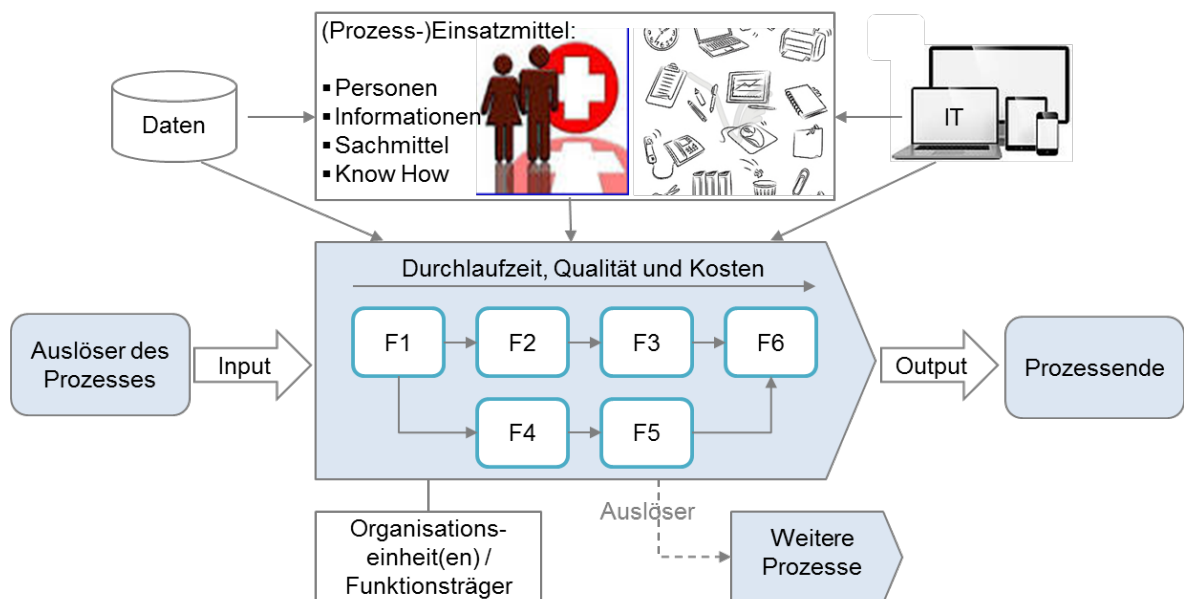
### 4.1.1 Prozess

Für den Begriff "Prozess" finden sich je nach wissenschaftlicher Disziplin unterschiedliche Definitionen. Die DIN EN ISO 9000:2000 definiert einen Prozess als einen "Satz von in Wechselbeziehung oder Wechselwirkung stehenden Tätigkeiten, der Eingaben in Ergebnisse umwandelt".

Nach Koch (2011, S. 2) besteht bei den zahlreichen in der Literatur auffindbaren Prozessdefinitionen dahingehend Übereinstimmung, "dass ein Prozess eine Abfolge von Aktivitäten bzw. Aufgaben ist, die zeitlich und logisch aufeinander aufbauen und die zur Bearbeitung eines betriebswirtschaftlich relevanten Objektes notwendig sind." Zudem besteht der Autorin zufolge Einigkeit darin, dass jeder Prozess Leistungen von Lieferanten als Input bezieht und Leistungen an Kunden - also Patienten - als Output abgibt.

Eine prägnante Definition findet sich bei Pfitzinger (2003, S. 9), welcher einen Prozess als eine sich wiederholende messbare Serie von Handlungen, Tätigkeiten oder Verrichtungen infolge eines messbaren Inputs mit einem messbaren Output beschreibt.

Wie die nachfolgende Abbildung zeigt, hat jeder Prozess einen Auslöser als Input und ein Prozessende in Form eines Outputs und wird einem oder mehreren Funktionsträgern bzw. Organisationseinheiten zugeordnet. Ein Prozess bzw. eine Funktion des Prozesses kann zugleich Auslöser für einen weiteren Prozess sein. Zur Leistungserstellung (Output) bedarf es Einsatzmittel in Form von Sachmitteln und Personen sowie Informationen und Know-How, die beispielsweise mittels Informationstechnik als Daten bereitgestellt werden.



**Abbildung 4-1: Grundstruktur eines Prozesses**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Koch (2011, S. 4)

### 4.1.2 Prozessarten

Prozesse werden in der Regel in Management-, Kern- und Unterstützungsprozesse differenziert (Schneider, Geiger, & Schreuring, 2008, S. 37). Dabei bestehen zwischen den Prozessarten Verbindungen, Schnittstellen und Interdependenzen.

Als Darstellungsform der wechselseitigen Abhängigkeiten und des Zusammenwirkens von Management-, Kern- und Unterstützungsprozessen eignet sich eine Prozesslandkarte (Schmelzer & Sesselmann, 2008, S. 6).

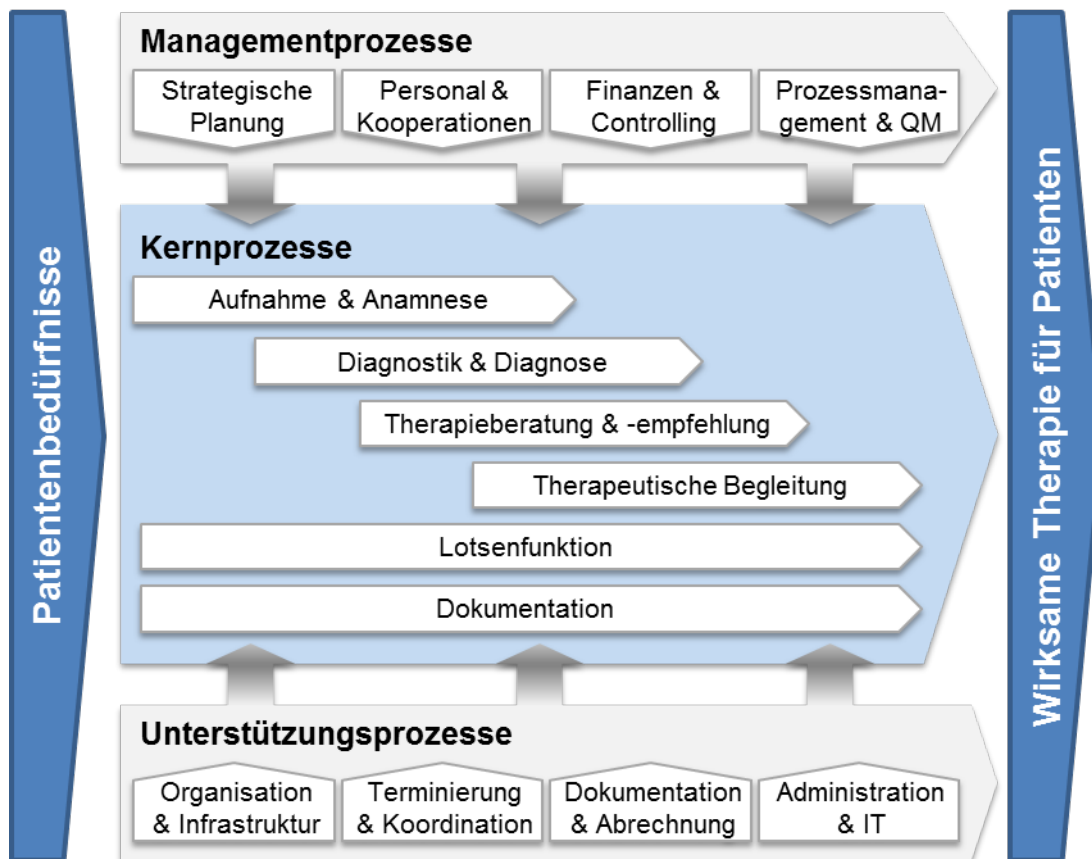


Abbildung 4-2: Beispiel einer Prozesslandkarte einer Arztpraxis

Quelle: Eigene Darstellung

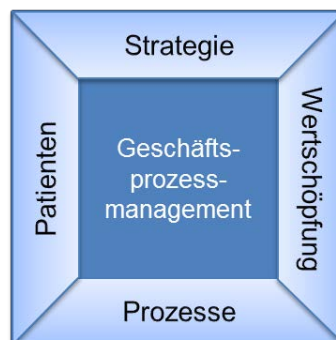
*Managementprozesse* werden auch als Führungsprozesse bezeichnet und dienen der Gestaltung, Steuerung und Entwicklung des Unternehmens (Koch, 2011, S. 7).

Für *Kernprozesse* finden sich die synonymen Begriffe Wertschöpfungs-, Geschäfts- oder Leistungsprozesse. Diese kennzeichnet, dass sie auf die Anforderungen und Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet sind und als funktionsübergreifende Abfolge wertschöpfender Tätigkeiten zur Erreichung der Organisationsziele dienen (Koch, 2011, S. 1).

Die auch als *Supportprozesse* bezeichneten *Unterstützungsprozesse* sind nicht direkt an der Wertschöpfung beteiligt, sondern unterstützen die Kernprozesse in Form interner Leistungen (Thonemann, 2010, S. 143).

### 4.1.3 Prozessmanagement

Zum Thema Prozessmanagement findet sich zahlreiche Literatur. Eine Gegenüberstellung der verschiedenen und sich doch ähnelnden Ansätze zu Prozessmanagement ist nicht Ziel dieser Arbeit. Einen Überblick geben bspw. Gericke, Bayer, Kühn, Rausch, & Strobl (2013, S. 20). Die Autoren definieren Prozess- bzw. Geschäftsprozessmanagement als Planung, Steuerung, Ausführung und Kontrolle aller Geschäftsprozesse unter Berücksichtigung des Umfelds (S. 12). Dabei fokussiert sich Geschäftsprozessmanagement auf die Erfüllung der Bedürfnisse der Patienten und weiterer Interessengruppen wie bspw. der Mitarbeiter, Kapitalgeber, Eigentümer, Lieferanten und Partner und dient dazu, die strategischen und operativen Ziele des Unternehmens zu erreichen (Schmelzer & Sesselmann, 2008, S. 4). Ein nachhaltiger Unternehmenserfolg ergibt sich nach Dillerup & Stoi (2006, S. 486) aus der Konzentration auf die Patientenbedürfnisse und deren Erfüllung, wodurch Zufriedenheit, Bindung und Loyalität der Patienten erzeugt wird. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass Strategie und Patientenbedürfnisse aufeinander abgestimmt werden, da andernfalls die Gefahr besteht, die Geschäftsprozesse vorzugsweise auf kurzfristige Patientenbedürfnisse auszurichten und dabei den langfristigen Auf- und Ausbau von Erfolgspotenzialen und Kernkompetenzen zu vernachlässigen (Schmelzer & Sesselmann, 2008, S. 6). Den Autoren zufolge (S. 10) ist Geschäftsprozessmanagement durch die vier Dimensionen Prozess-, Strategie-, Patienten- und Wertschöpfungsorientierung gekennzeichnet (vgl. nachfolgende Abbildung). Dabei bestimmt die Strategie die Art und Erforderlichkeit der Geschäftsprozesse und deren Prozessziele. Die Organisationsstruktur wie auch das Controlling orientiert sich an den Geschäftsprozessen, die hinsichtlich Gestaltung und Steuerung an den Anforderungen und Erwartungen der Patienten und Stakeholder ausgerichtet werden. Dabei dienen Geschäftsprozesse stets der Wertschöpfung und werden andernfalls eliminiert.



**Abbildung 4-3: Vier Dimensionen des Geschäftsprozessmanagements**

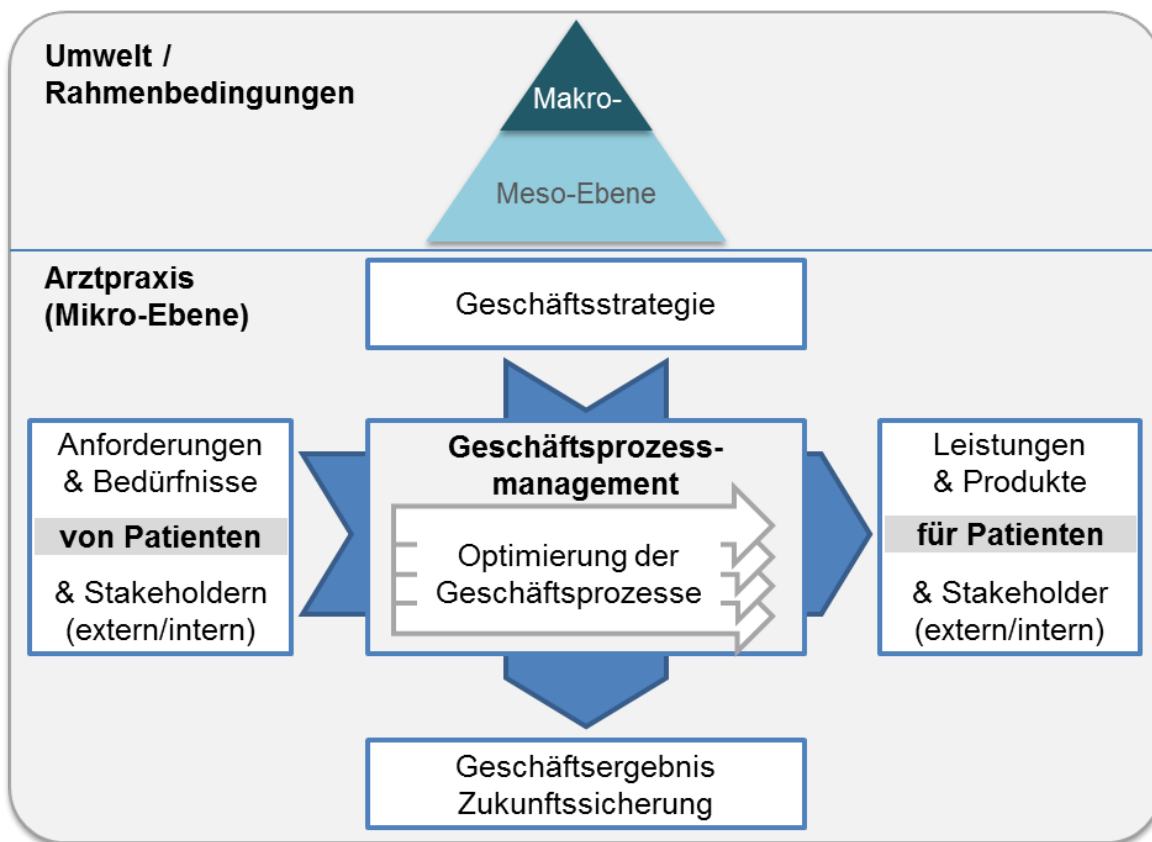
Quelle: Eigene Darstellung

## 4.2 Ziele und Aufgaben des Prozessmanagements

Ein Ziel des Prozessmanagements ist die Festlegung sowie optimale Gestaltung und Steuerung der Geschäftsprozesse, an denen sich sämtliche Aktivitäten des Unternehmens, also der Arztpraxis, ausrichten. Dabei leiten sich die Geschäftsprozesse aus den

strategischen Unternehmenszielen und den Anforderungen und Bedürfnissen der Patienten ab. Durch die kontinuierliche Überprüfung und der hieraus abgeleiteten Optimierung der Geschäftsprozesse wird gewährleistet, dass die Arztpraxis auf die sich ändernden Rahmenbedingungen reagiert. Hierdurch werden der wirtschaftliche Erfolg und die Steigerung des Unternehmenswertes sichergestellt.

Wie die nachfolgende Abbildung zeigt, ist das Hauptziel des Geschäftsprozessmanagements somit die Erhöhung der Effektivität und Effizienz des Unternehmens sowie die nachhaltige Steigerung des Unternehmenswertes durch die Optimierung der Geschäftsprozesse in Orientierung an den Patientenanforderungen und Rahmenbedingungen (Schmelzer & Sesselmann, 2008, S. 9).



**Abbildung 4-4: Bezugspunkte des integrierten Geschäftsprozessmanagements**

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Schmelzer & Sesselmann (2008, S. 5)

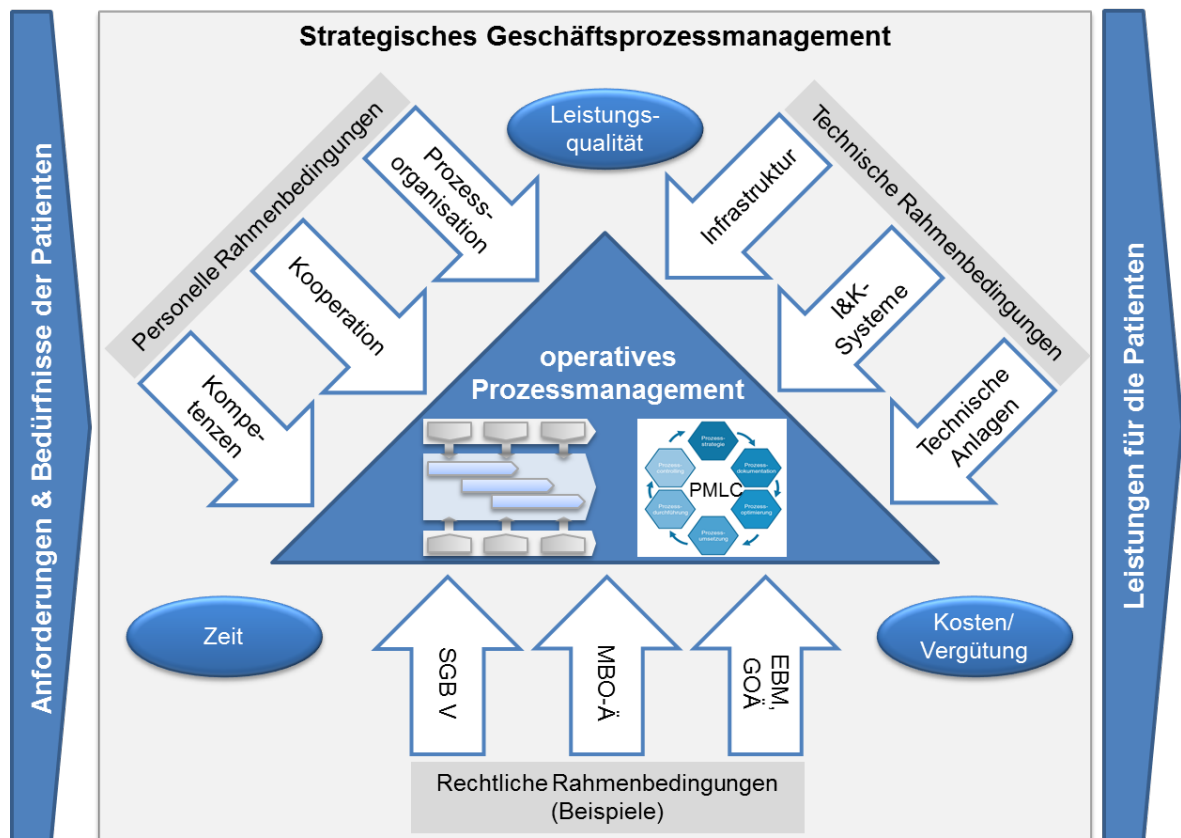
Die Aufgaben des Geschäftsprozessmanagements sind vereinfacht ausgedrückt die Verfolgung der oben genannten Ziele und werden in der nachfolgenden Abbildung veranschaulicht.

Dabei lässt sich die Steigerung der Effektivität tendenziell den strategischen Aufgaben zuordnen, da hierbei die Konzentration und Festlegung auf die wertschöpfenden Prozesse in Ableitung der strategischen Ziele erfolgt (Dillerup & Stoi, 2006, S. 491). Grundsätzlich gilt es sowohl im strategischen wie auch im operativen Geschäftsprozessmanagement die im Zusammenhang stehenden Parameter Qualität, Zeit und Kosten zu berücksichtigen.

sichtigen. Hierzu bedarf es der Analyse, Festlegung und Bereitstellung der erforderlichen personellen, sachlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen.

Im operativen Geschäftsprozessmanagement werden die definierten Geschäftsprozesse in Ableitung der strategischen Vorgaben ausgestaltet, durchgeführt, überwacht und kontinuierlich verbessert. Somit ist auch eine Aufgabe des operativen Prozessmanagements, die Prozesse bei definierter Leistungsqualität, geplanten Kosten bzw. erzielbarer Vergütung sowie der zur Verfügung stehenden Zeit in eine optimale Balance zu bringen (Schneider, Geiger, & Schreuring, 2008, S. 55). Die Steigerung der Effizienz ist somit tendenziell den Aufgaben des operativen Geschäftsprozessmanagements zuzuordnen.

Die nachfolgende Abbildung veranschaulicht in einem Überblick die Aufgaben des Prozessmanagements.



**Abbildung 4-5: Aufgaben des Prozessmanagements**

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Kugeler & Vieting (2005, S. 224)

In den folgenden Kapiteln werden die Aufgaben entsprechenden Phasen im Prozessmanagement zugeordnet und erläutert.

## 4.3 Phasen im Prozessmanagement

Für die Umsetzung der vorgenannten Aufgaben wird in Anlehnung an die Empfehlungen von Gericke et al. (2013, S. 20) der Ansatz Process Management Life Cycle (PMLC) als zyklisches Vorgehensmodell zugrunde gelegt. Dabei steht sowohl die Effektivität (was getan werden muss) als auch auf die Effizienz (wie etwas getan werden muss) der Prozesse im Vordergrund der Betrachtung. Der Ansatz des PMLC unterscheidet die Phasen Prozessstrategie, Prozessdokumentation, Prozessoptimierung, Prozessumsetzung, Prozessdurchführung und Prozesscontrolling (S. 12). Wie die nachfolgende Abbildung zeigt, stellen die aufeinander folgenden Phasen des PMLC zugleich einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) dar.



**Abbildung 4-6: Der Prozessmanagement Life Cycle (PMLC)**

Quelle: Darstellung nach Gericke et al. (2013, S. 13)

### 4.3.1 Prozessstrategie

Die Phase der Prozessstrategie ist vorzugsweise dem strategischen Geschäftsprozessmanagement zuzuordnen. In dieser Phase werden die Gestaltungsprinzipien für die Prozessarchitektur in Ableitung der Unternehmensstrategie und der Unternehmensziele definiert. Dabei werden die wertschöpfenden und erforderlichen Prozesse identifiziert und zur Veranschaulichung bspw. in Form einer Prozesslandkarte dargestellt (vgl. Abbildung 4-2, S. 30). Hiernach werden die strategischen und operativen Prozessziele auf die einzelnen Prozesse heruntergebrochen (Gericke, Bayer, Kühn, Rausch, & Strobl, 2013, S. 23).

### 4.3.2 Prozessdokumentation

Die Prozessdokumentation erfolgt häufig in Form von Modellen und Schaubildern und ermöglicht damit einen Überblick über die Unternehmensabläufe. Somit dient die Dokumentation der Prozesse einerseits als Grundlage für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter und andererseits als Basis für Prozessanalysen und –optimierungen, also als Grundlage zur Definition der prozessbasierten Anforderungen (Gericke, Bayer, Kühn, Rausch, & Strobl, 2013, S. 23).

Für die Prozessdokumentation im strategischen Prozessmanagement empfiehlt sich bspw. die erläuterte Prozesslandkarte sowie eine daraus abgeleitete erste Detaillierung z.B. in Form von Swimlane-Diagrammen, die die beteiligten Organisationseinheiten und deren Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten aufzeigen. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass Übersichtlichkeit und Gesamtzusammenhänge insbesondere bei arbeitsteiligen Prozessen gewahrt bleiben. Hierfür gilt die Empfehlung, die Diagramme auf einer Seite darzustellen.

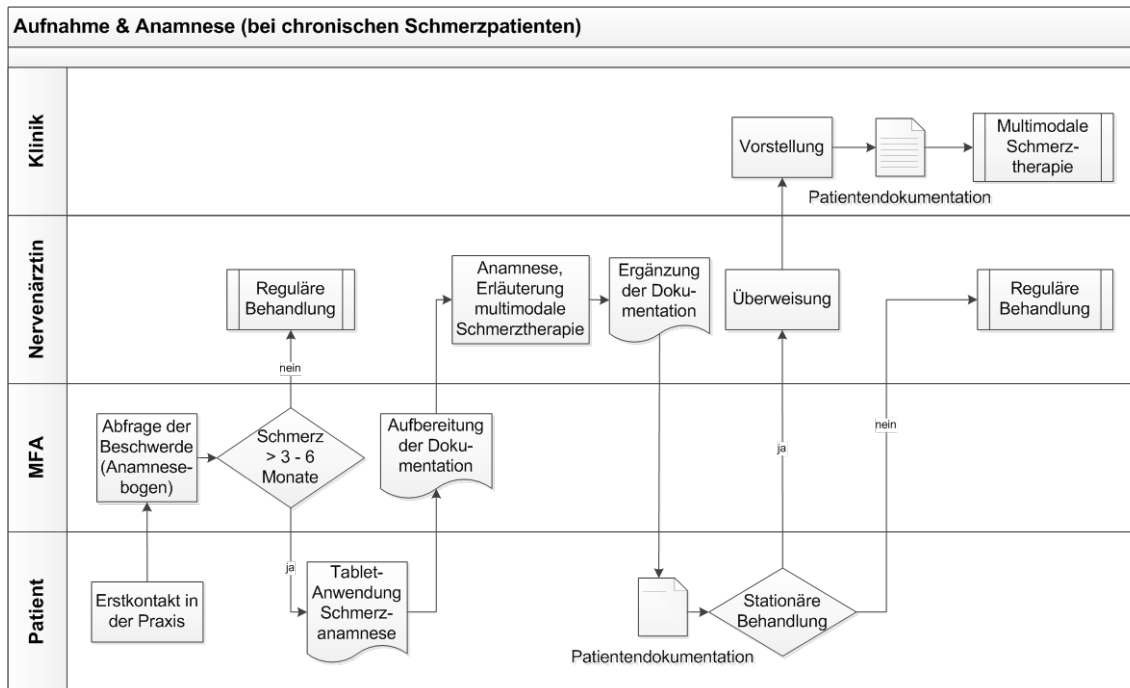
Grundsätzlich ist zu empfehlen, dass bei der Prozessdokumentation Gestaltungsprinzipien und der Detaillierungsgrad festgelegt werden. Unabhängig von Letzterem sollte darauf geachtet werden, dass bei der Dokumentation neben den Prozessaktivitäten zumindest der Input und Output sowie die Verantwortlichen dokumentiert werden.

Auf einer detaillierteren Ebene der Dokumentation wird empfohlen, zum jeweiligen Prozessablauf folgende Aspekte zu dokumentieren (S. 25):

- Prozess-Input, Prozess-Output
- Zuordnung der Funktionsverantwortlichen zur Prozessaktivität
- Festlegung Schnittstellen zwischen den Funktionsverantwortlichen und Aktivitäten
- Darstellung der unterstützenden Informationen, Informationstechnologie, Methoden
- Markierung der erfolgskritischen Aktivitäten
- Darstellung von bekannten Schwachstellen, Risiken und Kontrollen

Eine aus Sicht des Autors geeignete Methode zur Dokumentation von Prozessen sind auch auf dieser Detaillierungsebene Fluss- bzw. Swimlane-Diagramme. Dabei werden Prozessaktivitäten und Entscheidungen grafisch in eine Abfolge gebracht und geben somit einen visuellen Überblick. Bei Swimlane-Diagrammen wird jede Aktivität bzw. Entscheidung in einer sogenannten Swimlane abgetragen, die die durchführende Organisation oder Rolle darstellt. Dabei können die Swimlanes wahlweise vertikal oder horizontal dargestellt. Die nachfolgende Abbildung skizziert exemplarisch ein Swimlane-Diagramm mit horizontaler Ausrichtung der Swimlanes:





**Abbildung 4-7: Swimlane-Diagramm am Beispiel eines Aufnahmeprozesses**

Quelle: Eigene Darstellung

### 4.3.3 Prozessoptimierung

Die Phase der Prozessoptimierung ist sicher eine der wesentlichen Phasen im Prozessmanagement. Folgt man Fürermann & Dammasch (2008, S. 5), gilt der Grundsatz, dass durch Überwachung und Steigerung von Effektivität und Effizienz von Geschäftsprozessen einerseits ein entscheidender Erfolgsfaktor generiert und andererseits auf interne und externe Veränderungen und Anforderungen reagiert werden kann.

Nach Gericke et al. (2013, S. 26) werden in der Phase der Prozessoptimierung die Prozesse auf die Patientenanforderungen und die Unternehmensstrategie ausgerichtet (Effektivität) und dafür Sorge getragen, dass diese möglichst fehlerfrei, ohne Verzögerungen und kostengünstig ablaufen (Effizienz). Hierfür ist in einem ersten Schritt die Analyse der Prozesse im Ist-Zustand und dem Aufzeigen der aus der Prozessdokumentation bekannten bzw. dokumentierten Schwachstellen hilfreich.

Für die Prozessoptimierung eignen sich grundsätzlich für die Außenansicht Benchmarks und Branchenvergleiche, für die interne Betrachtung sind nach Dräger & Rößler (2012, S. 33) bei der Prozessoptimierung folgende Grundsätze zu beachten:

- Vermeidung von Komplexität
- So wenig Schnittstellen wie möglich
- Vermeidung von Mehrfacherfassung und –bearbeitung
- Eindeutige Definition von Verantwortungen und dafür erforderliche Kompetenzen
- Prozesse ohne Patientenbezug sind zu eliminieren



Während bereits in der Ist-Analyse bekannte Schwachstellen aufgezeigt werden, erfolgt in einem nächsten Schritt eine Problem- und Ursachenanalyse, um auf dieser Basis mögliche Soll-Prozessvarianten zu erarbeiten. Dabei können sowohl die Aktivitäten und deren Abläufe als auch die dem Prozess zugeordneten Elemente wie bspw. die Aufbauorganisation und die Informationstechnologie optimiert werden. Mittels Risiko- und Machbarkeitsanalysen können Sollprozesse bewertet und hiernach dem Prozessverantwortlichen zur Freigabe und Umsetzung vorgeschlagen werden (Gericke, Bayer, Kühn, Rausch, & Strobl, 2013, S. 28).

Weitere Werkzeuge zur Durchführung der Prozessoptimierung können aus den verschiedensten Management-Methoden entnommen werden, wie z.B. Business Process Reengineering, das Neue St. Galler Management-Modell, Qualitätsorientierte Ansätze, Betriebswirtschaftliche wie auch kompetenzorientierte Ansätze. Eine gute Übersicht hierzu bieten bspw. Dräger & Rößler (2012, S. 36ff.).

#### **4.3.4 Prozessumsetzung**

In dieser Phase werden die zu optimierenden und freigegebenen Prozesse von den Prozessmitarbeitenden umgesetzt. Je nach Umsetzungsaufwand bietet es sich an, die Umsetzung im Rahmen eines Projektes vorzunehmen, wofür in der Optimierungsphase die Konzeption und Zielsetzung festgelegt und freigegeben wurde. Somit sind der Phase der Umsetzung auch klassische Projektaktivitäten wie bspw. Test, Schulung, Pilotierung, Qualitätssicherung und Freigabe zum Regelbetrieb enthalten. Auf eine detailliertere Ausführung wird an dieser Stelle verzichtet und auf die umfangreiche Literatur und Methoden des Projektmanagements verwiesen.

#### **4.3.5 Prozessdurchführung**

In der Phase der Prozessdurchführung wird der Prozess in den Regelbetrieb übernommen. Als Unterstützung zur Durchführung eignen sich Arbeitsanweisungen, die neben der Präzisierung und Aktualisierung des Prozessablaufs auch die Verantwortlichkeiten und Eskalationsinstanzen spezifizieren.

Neben der Durchführung der Prozesse sollten auch Messdaten zu den Prozesskennzahlen erhoben werden, die für die Phase des Prozesscontrollings erforderlich sind. Zusätzlich oder alternativ sind sogenannte "manuelle" Prozessaudits hilfreich, bei denen überprüft wird, ob die definierten Ziele und Vorgaben auch eingehalten werden. Bei Auftreten kleinerer Probleme werden diese durch den Prozessverantwortlichen kurzfristig gelöst und der Prozessablauf angepasst, um das wiederholte Auftreten gleichartiger Probleme zu vermeiden (Gericke, Bayer, Kühn, Rausch, & Strobl, 2013, S. 30).

### 4.3.6 Prozesscontrolling

In der Phase des Prozesscontrollings wird die Performance der Geschäftsprozesse hinsichtlich der vorgegebenen Ziele bewertet und kontrolliert. Dies erfolgt idealerweise unabhängig von den durchführenden Organisationseinheiten auf Basis der gesammelten und bei Bedarf anzureichernden Messdaten, die aufbereitet und aggregiert werden. Sofern keine Messdaten vorliegen, können alternativ mittels Interviews mit den Prozessmitarbeitenden und Prozessverantwortlichen die Prozessergebnisse analysiert und bewertet werden. Bei Abweichung gegenüber den vorgegebenen Prozesszielen werden gemeinsam mit dem Prozessverantwortlichen die Ursachen analysiert, die beispielsweise in Form von Lessons Learned aufbereitet und kommuniziert werden. Kleinere Maßnahmen werden direkt umgesetzt, umfangreichere Handlungsempfehlungen finden wiederum Eingang in die Phase der Prozessoptimierung, so dass eine kontinuierliche Verbesserung erfolgt (Gericke, Bayer, Kühn, Rausch, & Strobl, 2013, S. 31).

## 5 Lösungsansätze aus dem Prozessmanagement für eine Arztpraxis

Wie im voranstehenden Kapitel erläutert, empfiehlt sich eine Differenzierung in strategisches und operatives Prozessmanagement.

### 5.1 Strategisches Prozessmanagement

Die personellen und technischen Rahmenbedingungen in einer Arztpraxis können beeinflusst und gesteuert werden, um sich an die vorgegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen anzupassen. Die rechtlichen Rahmenbedingungen wurden bereits in Kapitel 2 beschrieben, so dass im Folgenden bei Bedarf hierauf referenziert wird.

Für die Ableitung der personellen und technischen Rahmenbedingungen empfiehlt sich eine Differenzierung bzw. Gruppierung in Patientengruppen der Arztpraxis, um aus den ggf. unterschiedlichen Patientenbedürfnissen eine Prozessstrategie in Orientierung an den Bedürfnissen der Patienten die personellen und technischen Rahmenbedingungen anpassen zu können.

#### 5.1.1 Ansätze zur Festlegung einer Prozessstrategie

Nach Dräger & Rößler (2012, S. 48) bietet sich für die Identifikation der strategisch relevanten Kernprozesse die Methodik der Geschäftsfeldmatrix an. Diese stellt eine Beziehung dar, welche Patienten- bzw. Patientengruppen welche Leistungen erhalten. Für Patienten mit anhaltenden Schmerzen lässt sich beispielsweise eine Geschäftsfeldmatrix in Ableitung aus der Prozesslandkarte (vgl. Abbildung 4-2, S. 30) und der Differenzierung nach den Ursachen für die Schmerzerkrankung (vgl. Tabelle 3-1, S. 20) wie in nachfolgender Abbildung darstellen.

	Aufnahme & Anamnese	Diagnostik & Diagnose	Therapie, Beratung & Empfehlung	Therapeut. Begleitung	Lotsenfunktion	Dokumentation
1. Patienten mit Schmerz > 3 Monate	x				x	x
1.1 neuropath. Schmerz		x	x	x		
1.2 Funktionelles Schmerzsyndrom		x	x	x		
1.3 Psychische Störung		x	x	x		

**Tabelle 5-1: Bsp.: Patienten/Leistungs - Matrix**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Dräger & Rößler (2012, S. 48)

Durch die Matrix wird aufgezeigt, welche Kernprozesse bei Patienten mit anhaltendem Schmerz gleichartig verlaufen (Aufnahme & Anamnese, Lotsenfunktion, Dokumentation) und bei welchen eine Differenzierung zu empfehlen ist. Diese empfiehlt sich beispielsweise bei den Kernprozessen Diagnostik & Diagnose, Therapieempfehlung und therapeutischer Begleitung in Abhängigkeit zur vorliegenden Krankheit und den Ursachen vorzunehmen. Dies kann gleichermaßen bedeuten, dass für diese Kernprozesse unterschiedliche Fachärzte zuständig sind.

Für die Festlegung einer Geschäftsfeldstrategie bietet sich an, jeweils pro Patientengruppe die kritischen Erfolgsfaktoren (KEF) hinsichtlich Abdeckung und strategischer Zielsetzung zu definieren. Wie in Kapitel 2 beschrieben wurde, hat der Patient die Qual der Wahl bei der Arztwahl und muss bei einer fachbereichsübergreifenden Diagnose diese erst mal kennen und verstehen, um sich für den oder die geeigneten Fachärzte entscheiden zu können. In nachfolgender Abbildung wird in Ansätzen beispielhaft eine Geschäftsfeldstrategie für Patienten mit chronischen Schmerzen dargestellt.

Kritische Erfolgsfaktoren (KEF)	Abdeckung	Strategischer Ansatz
Kurzfristige Terminierung	+	z.B. innerhalb 4 Wochen
Empfehlung geeigneter Fachärzte	+	Kooperation mit z.B. Orthopäde, Neurologe, Psychiater, Psychotherapeut
spezifische Diagnostik & Diagnose	+	durch spezialisierte(n) Fachärzte
Therapieberatung & -empfehlung	+	interdisziplinär abgestimmt
Therapiebegleitung	+	interdisziplinär abgestimmt
Aussagekräftige Dokumentation	+	für direkte Weiterbehandlung innerhalb einer Woche

  
Wettbewerbsparameter  
(Beispiele)

  
Wettbewerbsvorteile (+)

  
Zielsetzung  
(Geschäftsfeldstrategie)

**Tabelle 5-2: Bsp. Geschäftsfeldstrategie für Patienten mit chron. Schmerzen**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Dräger und Rößler (2012, S. 48)

Für die Zielsetzung und Definition einer Geschäftsfeldstrategie bietet sich an, praxisinterne aber auch externe Faktoren zu analysieren. Methodisch empfiehlt sich hierzu beispielsweise die S.W.O.T-Analyse zur Ermittlung von Stärken und Schwächen wie auch Chancen und Risiken des jeweiligen Geschäftsfeld, also im vorliegenden Beispiel die Analyse der internen und externen Einflussfaktoren für die Behandlung von Patienten mit chronischem Schmerz. Die SOWT-Analyse ermöglicht eine integrative Betrachtung der

identifizierten Stärken und Schwächen einer Praxis in Bezug auf die sich aus der Umwelt ergebenden Chancen und Risiken (Bamberger & Wrona, 2013, S. 378). Dabei resultiert die integrative Betrachtung aus der Gegenüberstellung der postulierten Chancen und Risiken zu den bekannten Stärken und Schwächen (Dillerup & Stoi, 2006, S. 235). Somit wird ein ressourcenorientierter mit einem marktorientierten Ansatz verknüpft, d.h. es werden Analyseergebnisse der internen Praxisfähigkeiten (Stärken, Schwächen) mit den Anforderungen der Umwelt (Chancen, Risiken) in eine Verbindung gebracht. Dabei handelt es sich weniger um eine spezifische Analysemethode sondern vielmehr um eine Darstellungsform, die die Ergebnisse einzelner Analysen in übersichtlicher Form zusammenfasst (Paul & Wollny, 2011, S. 79). Ein Ziel der SWOT-Analyse ist die somit auch die Überprüfung, ob die gegenwärtige Praxisstrategie im Hinblick auf spezifische Stärken und Schwächen geeignet, ausreichend und relevant erscheint, um auf die Veränderungen der Unternehmensumwelt effizient reagieren zu können (Rufo, Zerres, & Zerres, 2014, S. 3). Die nachfolgende Abbildung zeigt beispielhaft die Darstellungsform einer SWOT-Matrix.


		Gegenwartsorientierung	Unternehmensorientierung (Intern) <i>Ressourcen &amp; Fähigkeiten</i>	
			Stärken (Strengths)	Schwächen (Weaknesses)
Zukunftsorientierung		1. 2. ... n.	S	1. 2. ... n. W
Umweltorientierung (Extern) <i>Wettbewerber &amp; externe Stakeholder</i>	Chancen (Opportunities)	S-O-Strategien "ausbauen"		W-O-Strategien "aufholen"
	1. 2. ... n. O	Stärken nutzen, um Chancen zu ergreifen ( <i>Matching-Strategien</i> )		Schwächen abbauen, um Chancen zu nutzen ( <i>Umwandlungsstrategien</i> )
	Risiken (Threats)	S-T-Strategien "absichern"		W-T-Strategien "vermeiden"
	1. 2. ... n. T	Stärken nutzen, um Risiken vorzubeugen ( <i>Neutralisierungsstrategien</i> )		Schwächen abbauen, um Risiken vorzubeugen ( <i>Verteidigungsstrategien</i> )

**Abbildung 5-1: SWOT-Analyse**

Quelle: Eigene Darstellung

Für eine prozessoptimale Organisation empfiehlt sich die Festlegung von Zielgrößen für jeden Geschäftsprozess, wie dies in nachfolgender Abbildung beispielhaft aufgezeigt wird.

Geschäftsprozesse	Zielgrößen (KEF)	Ist	Soll
Aufnahme & Anamnese	Ersttermin	8 Wochen	innerhalb 4 Wochen
	Psychoedukation	?	Patient kennt und versteht seine Diagnose
	Angebot auf Anschlussbehandlung	12 Wochen	innerhalb 4 Wochen
Lotsenfunktion	Empfehlung für weiterbehandelnden Arzt	Liste in Frage kommender Ärzte	zzgl. Kooperationspartner
	Option auf Anschlussbehandlung	entscheidet Patient	nach Empfehlung des weiterbehandelnden Arztes
Dokumentation	Aussagekräftige Dokumentation	Standardbrief	Brief auf Anschlussbehandlung abgestellt
	Kurzfristig verfügbar	innerhalb 4 Wochen	innerhalb 1 Woche



**Tabelle 5-3: Beispiel für Prozessstrategie und Zielgrößen**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Dräger & Rößler (2012, S. 48)

Aus der vorangegangenen Geschäftsfeld- und hieraus abgeleiteten Prozessstrategie können personelle und technische Rahmenbedingungen abgeleitet werden, um sich im Rahmen der rechtlichen Bedingungen strukturell und prozessoptimal aufzustellen.

Da es sich bei der Behandlung des chronischen Schmerzsyndroms um ein fachgebietsübergreifendes Krankheitsbild handelt, liegt das Erfordernis der Kooperation verschiedener Fachärzte auf der Hand. Somit bedarf es der strategischen Festlegung, wie bzw. in welcher Form strategische Kooperationen eingegangen werden. In diesem Zusammenhang werden im Folgenden Kooperationsmodelle beschrieben, um diese hinsichtlich Eignung für die Behandlung des chronischen Schmerzsyndroms zu bewerten.

### 5.1.2 Kooperationsmodelle

Unabhängig von den zu berücksichtigenden rechtlichen Rahmenbedingungen und den hieraus denkbaren Kooperationsmodellen bieten sich Kooperationen aus betriebswirtschaftlichen Gründen an. Durch die gemeinsame Investition und Nutzung von Geräten und Infrastruktur sowie der gemeinsamen Anstellung von Personal ergeben sich Vorteile bei der Auslastungssteuerung und damit einhergehend Kostenreduktionen bzw. Wirtschaftlichkeitssteigerungen. Weitere Vorteile von Kooperation ergeben sich in der Gestaltung von Vertretungsregelungen sowie im fachlichen und ggf. interdisziplinären Austausch. Sofern es sich um eine Kooperation verschiedener Fachärzte handelt, kann dies auch einen Vorteil für Patienten darstellen, da hierdurch Zuständigkeiten und Abläufe geregelt sind, worum sich diese nicht selbst kümmern müssen.

Dafür bedarf es bei Kooperationen aber im Gegensatz zu einer Facharzt(einzel)praxis der gemeinsamen Festlegung von vertraglichen und organisatorischen Regelungen hinsichtlich der gemeinschaftlichen Nutzung von Geräten und Infrastruktur, der Weisung des ge-

meinsam beschäftigten Personals und der Kosten- und Gewinnverteilung, wofür ein entsprechender zeitlicher Aufwand bereitgestellt werden muss. Zudem empfiehlt sich stets eine Kooperationsbeziehung "auf Augenhöhe", da andernfalls Organisationsprobleme entstehen können, die nicht selten die Auflösung der Kooperation zur Folge haben.

Aus dem Blickwinkel des (strategischen) Prozessmanagements bedeutet dies, dass sich Vorteile einer Einzelpraxis gegenüber Kooperationsmodellen ergeben, da hier kein Abstimmungs- und Organisationsbedarf zwischen den Kooperationspartnern erforderlich ist. Gleichwohl ist bei der Behandlung des chronischen Schmerzsyndroms die aufeinander abgestimmte Therapieempfehlung mehrerer Fachbereiche erforderlich, weshalb für dieses Krankheitsbild die Einzelpraxis trotz der genannten Vorteile in der Regel nicht in Frage kommt.

Gem. § 18 Abs. 2 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns dürfen Ärzte *"ihren Beruf einzeln oder gemeinsam in allen für den Arztberuf zulässigen Gesellschaftsformen ausüben, wenn ihre eigenverantwortliche, medizinisch unabhängige sowie nicht gewerbliche Berufsausübung gewährleistet ist. Bei der beruflichen Zusammenarbeit, gleich in welcher Form, hat jeder Arzt zu gewährleisten, dass die ärztlichen Berufspflichten eingehalten werden. Bei allen Formen der ärztlichen Kooperation muss die freie Arztwahl gewährleistet bleiben."*

In den nachfolgenden Kapiteln werden verschiedene (vertragsärztliche) Kooperationsmodelle kurz erläutert, um diese im Anschluss in einem Überblick hinsichtlich der Eignung zur Behandlung des chronischen Schmerzsyndroms miteinander zu vergleichen. Dabei sei darauf hingewiesen, dass es sich hierbei um Kooperationsmodelle im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (für Versicherte der GKV) handelt. In der privatärztlichen Versorgung gibt es im Vergleich dazu weniger vertragsrechtliche Einschränkungen.

#### **5.1.2.1 Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)**

Die BAG, die früher Gemeinschaftspraxis bezeichnet wurde, kann örtlich aber auch überörtlich erfolgen. Dabei handelt es sich um einen Zusammenschluss zur gemeinsamen Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit im gleichen Fachgebiet. Dies ergibt sich aus § 18 Abs. 3 MBO-Ä, wonach die BAG einen gemeinsamen Praxissitz voraussetzt, der wiederum fachgebietsbezogen ist. Mit dem 2007 in Kraft getretenen Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) wurden die Regelungen dahingehend gelockert, dass eine Anstellungsmöglichkeit eines fachfremden Arztes möglich ist, sofern im Rahmen der Bedarfsplanung keine Zulassungsbeschränkung vorliegt.

Eine BAG kennzeichnet sich durch die gemeinsame Patientenbehandlung, das heißt der Behandlungsvertrag wird nicht mit dem einzelnen Arzt, sondern mit der BAG geschlossen. Die Leistungserbringung und -abrechnung gegenüber der KV erfolgt durch die BAG und nicht durch den einzelnen Arzt. Daraus ergibt sich auch die gemeinsam zu führende Patientenkartei sowie eine gemeinsame Abrechnungs- und Betriebsstättennummer. Eine

BAG ist zudem dadurch gekennzeichnet, dass die beteiligten Ärzte im Wesentlichen gleiche Rechte und Pflichten haben (Bundesärztekammer, 2008, S. A1021). Die BAG ist gem. § 18 MBO anzuzeigen und nach § 33 Abs. 3 Ärzte-ZV genehmigungspflichtig.

Gem. § 19 MBO ist eine Beschäftigung fachgebietsfremder Ärzte nur dann zulässig, wenn eine Behandlung nur von Ärzten verschiedener Fachgebiete gemeinschaftlich durchgeführt werden kann wie z.B. einem operativ tätigen Arzt, der einen Anästhesisten benötigt. Somit besteht in diesem Kooperationsmodell nur sehr eingeschränkt die Option fachgebietsübergreifender Kooperation, weshalb dieses Modell für die Behandlung des chronischen Schmerzsyndroms weniger empfehlenswert erscheint.

### **5.1.2.2 Organisationsgemeinschaften**

Gem. § 18 Abs. 1 MBO-Ä können sich Ärzte zu Organisationsgemeinschaften zusammenschließen. Dabei erfolgt der Zusammenschluss in der Regel nicht zur gemeinsamen ärztlichen Berufsausübung sondern nur zur gemeinsamen Nutzung von Infrastruktur, IT und Geräten und / oder der gemeinsamen Beschäftigung von Praxispersonal.

Klassische Beispiele sind eine Laborgemeinschaft oder eine Praxisgemeinschaft (PG), bei denen bspw. Miet-, Leasing- sowie Arbeitsverträge des gemeinsamen Praxispersonals durch die Gesellschaft abgeschlossen werden. Die Behandlungsverträge mit den Patienten kommen im Unterschied zur BAG mit dem jeweiligen Praxisinhaber zustande. Somit erfolgt auch die Abrechnung gegenüber der KV von jedem Praxisinhaber separat. Damit einhergehend ist auch die Verpflichtung einer getrennt zu führenden Patientenkartei, es sei denn, der Patient stimmt einer Entbindungserklärung von der ärztlichen Schweigepflicht zu, so dass die Patientenkartei von allen beteiligten Praxisinhabern eingesehen werden kann.

Die PG ist gemäß § 33 Abs. 1 Ärzte-ZV der Kassenärztlichen Vereinigung zu melden, bedarf aber im Unterschied zur BAG keiner Genehmigung. Gleichwohl ist zu berücksichtigen, dass die KVen im Rahmen der Plausibilitätsprüfung Praxisgemeinschaften mit mehr als 20 % gemeinsamer Patienten bei fachgleicher Zusammensetzung und mehr als 30 % gemeinsamer Patienten bei fachübergreifender Tätigkeit einer intensiven Prüfung unterziehen.

Da Organisations- bzw. Praxisgemeinschaften in erster Linie den Zweck der betriebswirtschaftlichen und infrastrukturellen Optimierung verfolgen, sind dies häufig anzutreffende Kooperationsmodelle, die jedoch aus Sicht des Prozessmanagements für die Behandlung des chronischen Schmerzsyndroms aus medizinischer Sicht weniger geeignet sind. Dies nicht zuletzt deshalb, da gemeinsam zu behandelnde Patienten nicht Zweck einer PG sind und allein schon deshalb bei zu häufiger Überweisung von einem Praxisinhaber zum anderen dies durch die zuständige KV kritisch geprüft wird.



### **5.1.2.3 Medizinische Kooperationsgemeinschaft**

Gem. § 23 b Abs. 1 MBO-Ä können sich Ärzte mit *"selbständig tätigen und zur eigenverantwortlichen Berufsausübung befugten Berufsangehörigen oder anderer akademischer Heilberufe im Gesundheitswesen oder staatlicher Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen sowie anderen Naturwissenschaftlerinnen und Naturwissenschaftlern und Angehörigen sozialpädagogischer Berufe - auch beschränkt auf einzelne Leistungen - zur kooperativen Berufsausübung zusammenschließen (medizinische Kooperationsgemeinschaft)"*. Dabei ist die Kooperation als Partnerschaftsgesellschaft im Sinne des PartGG ebenso zulässig wie in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR). Der Zusammenschluss in Form einer medizinischen Kooperationsgemeinschaft ist nur dann zulässig, wenn die Kooperationspartner durch räumlich nahes und koordiniertes Zusammenwirken einen gleichgerichteten oder integrierenden diagnostischen oder therapeutischen Zweck verfolgen. Dies gilt gleichermaßen für die Heilbehandlung als auch für die Prävention und Rehabilitation (vgl. § 23 b Abs. 1 MBO-Ä).

Für dieses Kooperationsmodell ist ein Kooperationsvertrag erforderlich, der sicherstellt, dass die eigenverantwortliche und selbständige Berufsausübung des Arztes gewahrt ist, die Verantwortungsbereiche der Partner gegenüber den Patienten getrennt bleiben, medizinische Entscheidungen ausschließlich vom behandelnden Arzt getroffen werden und der Grundsatz der freien Arztwahl für den Patienten sichergestellt wird. Weiterhin muss der Kooperationsvertrag beinhalten, dass der behandelnde Arzt zur Unterstützung bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen weitere nicht an der Kooperation Beteiligte hinzuziehen kann, dass die berufsrechtlichen Bestimmungen von allen Kooperationspartnern beachtet und eingehalten werden und sich die Kooperationsgemeinschaft verpflichtet, die Namen aller Partner nebst Berufsbezeichnungen anzugeben (vgl. § 23 b MBO-Ä). Gem. § 23a Abs. 2 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns bedarf die Mitwirkung eines Arztes in einer medizinischen Kooperationsgemeinschaft der Genehmigung der Kammer. Hierfür ist der Kammer der Kooperationsvertrag vorzulegen. Sofern die vorgenannten Voraussetzungen für den bzw. die beteiligten Ärzte und weitere Angehörige von Heilberufen erfüllt sind, ist die Genehmigung zu erteilen.

Es lässt sich festhalten, dass die medizinische Kooperationsgemeinschaft ein Modell darstellt, das für die Behandlung von Patienten mit chronischem Schmerzsyndrom geeignet ist. Vorteilhaft an diesem Modell ist insbesondere die Option, Angehörige weiterer Heilberufe wie z.B. ein Physiotherapeut in die Kooperationsgemeinschaft mit aufnehmen zu können. Bei der Recherche zum Thema medizinische Kooperationsgemeinschaft fällt auf, dass die hierfür geltenden Regelungen in erster Linie darauf abzielen, Kooperationsbeziehungen zwischen Arzt und nichtärztlichen Angehöriger von Heilberufen zu definieren. Gleichwohl ergab die Recherche keinerlei Hinweise, dass dieses Kooperationsmodell nicht auch für die Kooperation verschiedener Fachärzte Anwendung finden könne.

#### **5.1.2.4 Praxisverbund**

Eine weitere Kooperationsform ist gem. § 23 d Abs. 1 MBO-Ä ein Praxisverbund, wonach sich Ärzte zu einer Kooperation für gemeinsame oder gleichgerichtete Maßnahmen zur Erfüllung des Versorgungsauftrags verabreden können, ohne sich zu einer BAG zusammenzuschließen. Der Praxisverbund wird häufig auch als Ärztenetz bezeichnet (Schlegel, 2013, S. 2). Dabei muss allen am Versorgungsauftrag zugelassenen Ärzten die Teilnahme ermöglicht werden, deren Teilnahme wiederum freiwillig ist. Teilnahmebeschränkungen dürfen nicht diskriminierend sein und müssen der Ärztekammer gegenüber offengelegt werden. Obgleich es sich bei dieser Kooperationsform um einen eher lockeren Zusammenschluss handelt, müssen die Kooperationsbedingungen in einem schriftlichen Vertrag festgehalten werden, welcher der zuständigen Ärztekammer vorgelegt werden muss. In den Praxisverbund können ebenso Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken sowie Angehörige anderer Gesundheitsberufe einbezogen werden (§ 23 d Abs. 3 MBO-Ä).

Zu einem Praxisverbund schließen sich Ärzte und am Versorgungsauftrag teilnehmende Einrichtungen in der Regel zusammen, um gemeinsame Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele zu verfolgen. Beispiele hierfür sind eine gemeinsame Heimversorgung oder ein gemeinschaftlich organisierter Einkauf. Wie bereits erwähnt, ist auch die Kooperation mit Angehöriger anderer Heilberufe zulässig, wobei die Einzelpraxen selbständig bleiben. Genauso wie bei der medizinischen Kooperationsgemeinschaft sind die berufsrechtlichen Vorgaben zu beachten. Ebenso ist der Praxisverbund bei der zuständigen Ärztekammer und KV anzuzeigen.

Der Praxisverbund scheint seiner Intention nach stärker auf die regionale, strukturelle Versorgung abzielen, kommt aber im Grundsatz analog zur medizinischen Kooperationsgemeinschaft ebenso als Modell in Frage.

#### **5.1.2.5 Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)**

Bei einem medizinischen Versorgungszentrum handelt es sich um einen Zusammenschluss zur gemeinsamen Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit. MVZ sind fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen sich im Arztregister eingetragene Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte betätigen (vgl. § 95 Abs. 1 SGB V). Durch die interdisziplinäre Ausrichtung soll eine ganzheitliche Versorgung der Patienten „aus einer Hand“ sichergestellt werden. Eine fachübergreifende Ausrichtung im Sinne der Definition eines MVZ ist dann als gegeben anzusehen, wenn Ärzte mit unterschiedlichen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen zusammenwirken (Schlagintweit, 2012, S. 8).

Für ein MVZ bedarf es gem. § 95 Abs. 1 SGB V einer ärztlichen Leitung, die als angestellter Arzt oder Vertragsarzt im MVZ tätig sein muss und in medizinischen Fragestellungen frei ist.

Der Behandlungsvertrag wird analog zur BAG mit dem MVZ und nicht mit dem behandelnden Arzt geschlossen. Insofern gelten auch die Regularien der BAG, wonach eine gemeinsame Patientenkartei geführt wird und die Leistungserbringung und –abrechnung gegenüber der KV gemeinsam erfolgt. Analog zur BAG hat auch das MVZ eine gemeinsame Abrechnungs- und Betriebsstättennummer. Für das MVZ gilt ebenso wie bei der BAG die Genehmigungspflicht durch die KV. Für die Erteilung einer Genehmigung muss das MVZ über wenigstens einen Kassenarztsitz verfügen, der bspw. durch einen der teilnehmenden Ärzte eingebracht wird, sofern im jeweiligen Planungsbereich eine Überversorgung vorliegt und dieser somit gesperrt ist.

Gem. § 95 Abs. 1 sind berechnigte Gesellschafter eines MVZ zugelassene Ärzte, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseeinrichtungen oder gemeinnützige Träger, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

MVZ dürfen als Personengesellschaft, als Genossenschaft oder als GmbH geführt werden. Dabei können die am MVZ teilnehmenden Vertragsärzte als Mitglieder ihre Freiberuflichkeit und ihre persönliche Zulassung beibehalten oder zugunsten einer Anstellung auf ihre Zulassung verzichten, die dann an das MVZ übergeht.

Vereinfacht ausgedrückt kann festgehalten werden, dass das MVZ eine erweiterte Form der BAG darstellt, bei der zusätzliche Rechtsformen möglich sind und eine medizinische Leitung bei wenigstens zwei verschiedenen Fachgebieten erforderlich ist. Insofern stellt das MVZ im Gegensatz zur BAG eine geeignete Kooperationsform zur Behandlung von Patienten mit chronischem Schmerzsyndrom dar, zumal damit einhergehend ein größerer Gestaltungsspielraum vorliegt, was beispielsweise die Anstellungsverhältnisse betrifft. Gleichwohl sind analog zur BAG auch bei diesem Kooperationsmodell die erhöhten Anforderungen bei der gemeinsamen Dokumentation und Abrechnung zu berücksichtigen. Zudem geben die beteiligten Ärzte im Falle eines Anstellungsverhältnisses ihre Eigenständigkeit auf, aber auch im Falle der Beibehaltung ihrer Zulassung sind sie zumindest in organisatorischen Fragestellungen nicht mehr weisungsfrei, sondern der ärztlichen Leitung unterstellt.

#### **5.1.2.6 Praxisnetze**

Mit dem in 2012 in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) besteht die Option einer ärztlichen Kooperation in Form von Praxisnetzen. Mit diesem Gesetz hat die KBV die Aufgabe, eine Rahmenvorgabe zur Anerkennung von Praxisnetzen gem.

§ 87b Abs. 4 SGB V) zu erstellen und sich hierzu mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen einvernehmlich abzustimmen. Gem. § 3 der Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V gilt als Strukturvorgabe die Teilnahme von mindestens 20 und höchstens 100 vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen mit Teilnahme von mindestens drei Fachgruppen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2013, S. 2). Der Zusammenschluss in Form eines Praxisnetzes zielt auf ein regional zusammenhängendes Versorgungsgebiet und hierbei auf eine Patienten-

zentrierung mittels kooperativer Berufsausübung bei verbesserter Effizienz bzw. Prozessoptimierung, wofür in § 4 der genannten Verordnung die Kriterien definiert sind (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2013, S. 3). Dabei sind hinsichtlich der vorgenannten Zielsetzung entsprechende Nachweise zu führen und hierüber an die KV zu berichten, die auf Basis dieser Berichte und Erkenntnisse wiederum die Rahmenbedingungen weiterentwickelt.

#### **5.1.2.7 Zusammenfassende Bewertung der Kooperationsmodelle**

Wie in den voranstehenden Kapiteln erörtert wurde, eignen sich als Kooperationsformen zur Behandlung von Patienten mit chronischem Schmerzsyndrom als fachbereichsübergreifende Diagnose die medizinische Kooperationsgemeinschaft, der Praxisverbund, das Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) sowie das Praxisnetz.

Das Praxisnetz stellt hierbei die am größten angelegte Kooperationsform dar. Aufgrund der mindestens 20 teilnehmenden Praxen, den damit einhergehenden organisatorischen und vertragsrechtlichen Regelungserfordernissen sowie den in der Rahmenverordnung definierten Genehmigungs- und Berichtspflichten besteht aus Sicht des Autors die Gefahr, dass die Fokussierung auf die Bedürfnisse der speziellen Patientengruppe mit chronischen Schmerzen verloren gehen könnte, zumal diese Kooperationsform verstärkt die Optimierung einer regionalen ambulanten Gesamtversorgung zu verfolgen scheint.

Der Praxisverbund stellt eine denkbare Kooperationsform zur Behandlung von Patienten mit chronischem Schmerz dar. Organisationspolitisch könnten sich bei diesem Kooperationsmodell jedoch Schwierigkeiten ergeben, da der Verbund allen willigen und im Sinne des Versorgungsauftrags zugelassenen Ärzten freien Zugang gewähren muss. Teilnahmebeschränkungen aus qualitativen Gründen sind zwar zulässig, könnten allerdings zu medizinpolitischen Qualitätsdiskussionen führen. Somit scheint sich aus Sicht des Autors diese Kooperationsform z.B. für die Heimversorgung im Allgemeinen sehr gut zu eignen, für die Versorgung einer spezifischen Patientengruppe wie beispielsweise Patienten mit chronischem Schmerzsyndrom scheint sich die medizinische Kooperationsgemeinschaft oder das MVZ jedoch besser zu eignen. Dennoch stellt der Praxisverbund eine geeignete Alternative zur medizinischen Kooperationsgemeinschaft dar, sollte diese beispielsweise keine Genehmigung durch die zuständige Kammer erfahren.

Das MVZ ist sicherlich die Kooperationsform, die ihrer Definition nach am besten als Kooperationsgemeinschaft geeignet zu sein scheint, nicht zuletzt deshalb, da in einem MVZ wenigstens zwei Fachgebiete vertreten sein müssen. Für die Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen wären idealerweise die Fachgebiete der Schmerztherapie, Neurologie, Psychiatrie / Nervenheilkunde, Psychotherapie und Orthopädie in einem MVZ verortet und unter einer medizinischen Leitung zusammengefasst. Obgleich diese Modell politisch intendiert und in der Theorie passgenau zu sein scheint, sind die Voraussetzungen für die Gründung und die damit einhergehende teilweise oder vollständige Aufgabe der freiberuflichen und selbständigen Tätigkeit ein nicht zu vernachlässigender Aspekt,

der zumeist hochspezialisierte niedergelassene Fachärzte von dieser Kooperationsform abhalten dürfte. Sofern sich die genannten Fachärzte zu einem Zusammenschluss zu einem MVZ entscheiden sollten, ist das MVZ aber ein zu favorisierendes Kooperationsmodell.

Somit verbleibt noch die Kooperation in Form der medizinischen Kooperationsgemeinschaft, bei der zugelassene Ärzte wie auch weitere Angehörige medizinischer Heilberufe wie z.B. Physiotherapeuten in die Kooperation mit einbezogen werden können. Dieses Kooperationsmodell scheint die geringsten Hürden und größten Freiheiten für die beteiligten Kooperationspartner darzustellen, da die Kooperationsgemeinschaft lediglich von der zuständigen Ärztekammer auf Basis eines Kooperationsvertrags genehmigt werden muss. Dabei ist seitens der Kammer die Genehmigung zu erteilen, wenn die in der Berufsordnung festgelegten Regelungen vorliegen wie z.B. in § 23a der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns (Bayerische Landesärztekammer, 2012, S. 10). Hierbei ist neben allgemeinen berufs- und standesrechtlichen Regeln vorgeschrieben, dass die freie Arztwahl gewahrt bleiben muss (vgl. § 23a Abs. 1 f). Aus Sicht des Autors ist gerade die freie Arztwahl im Sinne des strategischen Prozessmanagements und einer Orientierung an den Patientenbedürfnissen einen Vorteil gegenüber dem MVZ, da im MVZ der Behandlungsvertrag mit dem MVZ und nicht mit dem Arzt geschlossen wird und somit der Anspruch auf freie Arztwahl im MVZ in der Angestelltenvariante nicht sichergestellt ist. Aus Sicht des Autors ist die medizinische Kooperationsgemeinschaft somit das Idealmodell für die Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen, zumal sich niedergelassene Fachärzte ohne Aufgabe ihrer Eigenständigkeit und Unabhängigkeit eher zu dieser Kooperationsform motivieren lassen dürften. Trotz ausführlicher Recherche konnten keine nennenswerten Aspekte vorgefunden werden, die gegen dieses Modell sprechen. Umso erstaunlicher ist es, dass die Recherche für dieses Kooperationsmodell mit Abstand am wenigsten Hinweise und beispielhafte Anwendungen ergeben hat. Das kann möglicherweise auch daran liegen, dass die Regelungen dem Grundsatz nach auf die Kooperation von einem Arzt mit einem Angehörigen nicht ärztlicher Heilberufe zielen. Es lassen sich jedoch keine Hinweise finden, weshalb dieses Modell bei mehreren Ärzten und ggf. zusätzlich einem Angehörigen eines nicht ärztlichen Heilberufs nicht zur Anwendung kommen sollte.

### **5.1.3 Personelle, rechtliche und technische Rahmenbedingungen im Kontext von Qualität, Zeit und Kosten**

Wie die Abbildung 4-5, S. 33 zeigt, sind im strategischen Prozessmanagement die personellen, rechtlichen und technischen Rahmenbedingungen im Kontext der Leistungsqualität, der zur Verfügung stehenden Zeit und den geplanten Kosten bzw. der erzielbaren Vergütung zu analysieren und zu bewerten, um hieraus in Orientierung an den Patientenbedürfnissen eine Prozessstrategie abzuleiten.

### **5.1.3.1 Personelle Rahmenbedingungen**

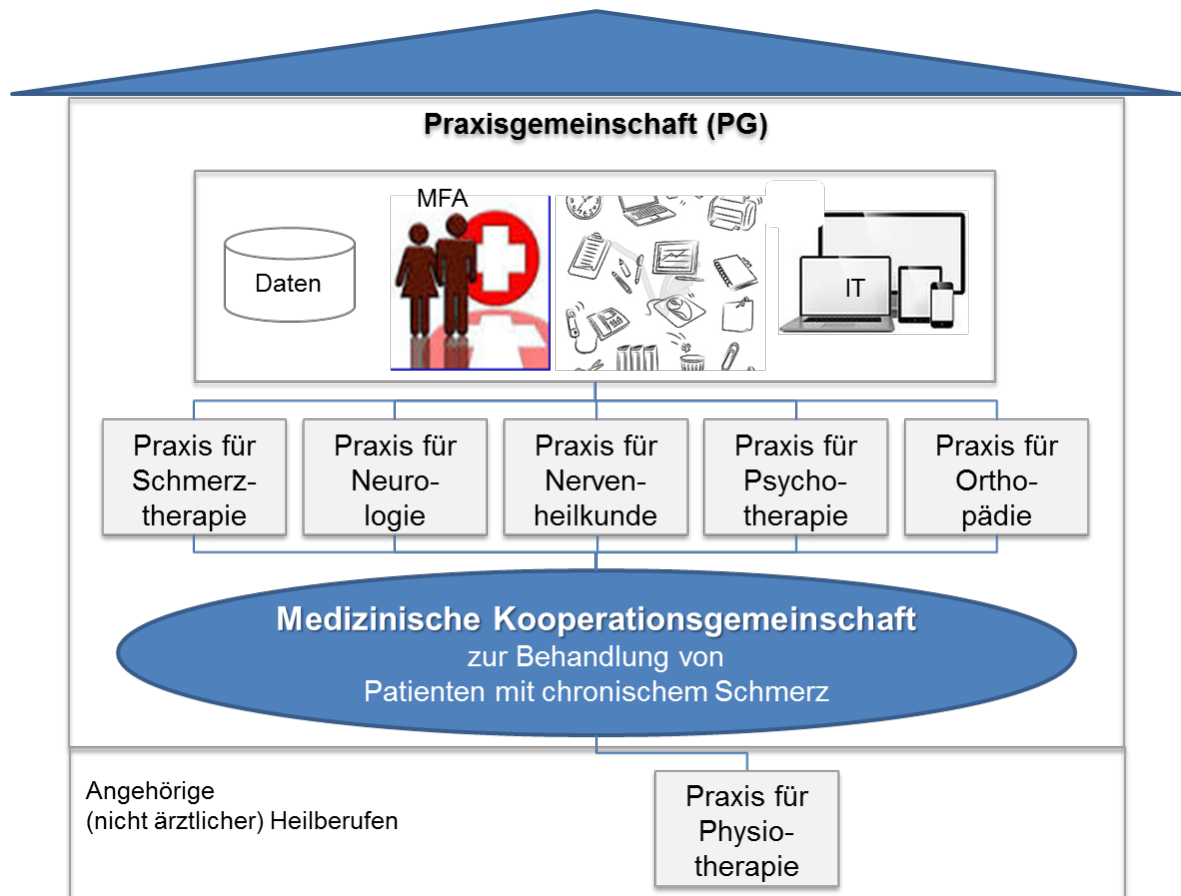
Bei Patienten mit fachbereichsübergreifender Diagnose empfiehlt sich die Kooperation verschiedener Fachärzte. Den Erläuterungen aus dem vorangehenden Kapitel zufolge empfehlen sich als Kooperationsformen der Praxisverbund, das MVZ und die Kooperationsgemeinschaft, die bei Bedarf auch in ein MVZ gewandelt werden könnte. Nachfolgend werden die Rahmenbedingungen am Beispiel der medizinischen Kooperationsgemeinschaft näher erläutert.

Bei den personellen Rahmenbedingungen wurden die Kooperationsformen bereits ausführlich diskutiert. Ein weiteres Thema sind die erforderlichen Kompetenzen sowie die Prozessorganisation. Hierbei gilt es vor der Diskussion des operativen Prozessmanagements die Verantwortlichkeiten und Rollen zu definieren. Für die Behandlung von Patienten mit chronischem Schmerz kommen beispielsweise Fachärzte für Schmerztherapie, Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie, Orthopädie wie auch Angehörige nicht ärztlicher Heilberufe wie beispielsweise Physiotherapeuten in Frage. Bei einer Kooperation empfiehlt sich, den Blick nicht nur auf die fachgebietsspezifischen Maßnahmen zu richten sondern auch auf die Optionen der abrechenbaren Leistungen. So sieht der EBM pro Fachgebiet unterschiedliche Ziffern und damit einhergehend festgelegte Preise und zeitliche Obergrenzen vor. Insofern ist bspw. für die Funktion der Psychoedukation zu prüfen, welche der an der Kooperation beteiligten Fachärzte eine Gesprächsziffer mit der zeitlich und preislich optimalen Abrechnungsoption vorliegen haben. Dies ist nicht nur aus Gründen der Wirtschaftlichkeit von Relevanz sondern auch im Interesse des Patienten, der in der Regel das Bedürfnis hat, dass der behandelnde Arzt sich entsprechend Zeit für ihn nimmt. Da der Patient die Optionen der Abrechnung jedoch nicht kennt, dürfte für seine Entscheidung auch diese Information von Relevanz sein. Hier kommen die MFA ins Spiel, die beim Erstkontakt mit dem Patienten diesen mit der erforderlichen Information versorgen können. Dabei ist im Rahmen eines Kooperationsmodells zu klären, welche medizinischen Fachangestellten (MFA) in welcher Form in die Prozessorganisation eingebunden werden und welche Kompetenzen hierfür erforderlich sind. Dies ist insofern von besonderer Bedeutung, da bei der medizinischen Kooperationsgemeinschaft verschiedene Praxen miteinander kooperieren, die in der Regel jeweils MFA beschäftigen, so dass die Zuständigkeiten im Allgemeinen festzulegen sind.

### **5.1.3.2 Technische Rahmenbedingungen**

Aus Gründen der Wirtschaftlichkeit aber auch im Sinne der Zeitersparnis für Patienten bietet sich die in Kapitel 5.1.2.2 beschriebene Organisationsgemeinschaft in Form einer Praxisgemeinschaft (PG) an. In diesem Modell schließen sich verschiedene Praxen mit dem Zweck zusammen, Räumlichkeiten, Infrastruktur und IT gemeinsam zu nutzen und über die PG gemeinsam die MFA zu beschäftigen, die somit auch für die Patienten mit chronischem Schmerz die erste Anlaufstelle darstellen. Die gemeinsame Nutzung der Räumlichkeiten, der Infrastruktur und technischen Anlagen und Geräte wie auch der I&K-

Systeme stellt einerseits einen betriebswirtschaftlichen Vorteil dar. Andererseits können Patienten kurzfristig und unbürokratisch bedarfsorientiert beim jeweiligen Facharzt vorstellig werden, der bei gemeinsamer I&K entsprechenden Zugriff auf die Patientenakte wie auch die Anamnese- und Aufnahmedaten vorliegen hat. Somit bietet sich an, die medizinische Kooperationsgemeinschaft in einer Praxisgemeinschaft zu etablieren und ggf. weitere nichtärztliche Heilberufe mit einzubinden, wie dies in nachfolgender Abbildung beispielhaft dargestellt wird. Dabei ist aber unbedingt darauf zu achten, dass die Patienten einer Entbindung der Schweigepflicht und der Führung einer gemeinsamen Patientenakte zustimmen, da dies für eine PG nur unter dieser Bedingung zulässig ist.



**Abbildung 5-2: Medizinischen Kooperationsgemeinschaft integriert in eine PG**

Quelle: Eigene Darstellung

Bei diesem Konstrukt der Integration einer medizinischen Kooperationsgemeinschaft in eine Praxisgemeinschaft (PG) ist die Berücksichtigung der rechtlichen Rahmenbedingungen von besonderer Bedeutung. Im Folgenden werden die wichtigsten rechtlichen Vorgaben für diese Konstrukt zusammengefasst und bewertet.

### **5.1.3.3 Rechtliche Rahmenbedingungen**

§ 73 Abs. 7 SGB V: "Es ist Vertragsärzten nicht gestattet, für die Zuweisung von Versicherten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich versprechen oder sich ge-

währen zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren; § 128 Abs. 2 S.3 gilt entsprechend". Somit ist ein besonderes Augenmerk darauf zu legen, dass keinerlei Geldflüsse oder sonstige Abreden für die Zuweisung vorgenommen werden. Zudem empfiehlt sich die PG so anzulegen, dass (auch steuerlich) keine Gewinnerzielungsabsicht vorliegt und somit auch keine Regelungen hinsichtlich Gewinnverteilung vertraglich geregelt sind. Allerdings bedeutet dies, dass idealerweise die entstehenden Kosten hinsichtlich Verursachung durch den jeweiligen Kooperationspartner vertraglich zu regeln und aufzuteilen sind, um damit den möglichen Verdacht einer wirtschaftlichen Vorteilsnahme von Anfang an auszuräumen.

§ 30 MBO-Ä: „Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, in allen vertraglichen und sonstigen beruflichen Beziehungen zu Dritten ihre ärztliche Unabhängigkeit für die Behandlung der Patienten zu wahren.“ Damit werden keine geschäftlichen Beziehungen zu Dritten untersagt, sondern lediglich geregelt, dass die ärztliche Unabhängigkeit gewährleistet sein muss. Sofern diese vorliegt, sind geschäftliche Beziehungen zu Dritten nicht zu beanstanden (Schlegel, 2013, S. 5).

§ 31 MBO-Ä: (1) „Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial oder für die Verordnung oder den Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten ein Entgelt oder andere Vorteile zu fordern, sich oder Dritten versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren. (2) Sie dürfen ihren Patienten nicht ohne hinreichenden Grund bestimmte Ärzte, Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringer oder sonstige Anbieter gesundheitlicher Leistungen empfehlen oder an diese verweisen.“ Hieraus ergibt sich, dass die Entscheidungsfreiheit nicht durch wirtschaftliche Interessen der Ärzte zum Nachteil der Patienten beeinflusst werden dürfen. Geschäftsbeziehungen zu Dritten werden hierdurch aber mitnichten ausgeschlossen, solange ein hinreichender, also medizinisch induzierter Grund vorliegt. Von besonderer Bedeutung ist nach Auffassung von Schlegel (2013, S. 5) die Aufrechterhaltung der Wahlfreiheit durch den Patienten. Dabei ist unter Berücksichtigung des BGH-Urteils (Az: I ZR 111/08) eine ungefragte Überweisung zu unterlassen und stattdessen dem Patienten zu erklären, welche ärztliche und nicht ärztliche Leistung nach ärztlicher Auffassung ratsam ist. Sofern der Arzt den Patienten fragt, ob er einen entsprechenden Leistungserbringer kenne und falls nicht, einen Leistungserbringer empfiehlt, insbesondere dann, wenn Erfahrung, Koordination und Abstimmung in der Therapie die Empfehlung rechtfertigt, handelt der Arzt rechtmäßig. Idealerweise rechnet auch in der Kooperationsgemeinschaft analog zur PG jeder Kooperationspartner seine erbrachte Leistung separat ab, das heißt auch die medizinische Kooperationsgemeinschaft verfolgt keine Gewinnerzielungsabsicht. Andernfalls ist zu berücksichtigen, dass je größer der Gewinnanteil im Verhältnis zum Erlös aus der Praxis ist, desto größer ist die Gefahr, dass gemutmaßt wird, der Arzt lasse sich dadurch in seiner Entscheidung beeinflussen wodurch die ärztliche Unabhängigkeit in Gefahr gerät. Um dieser Gefahr zu begegnen empfiehlt sich im Falle einer Gewinnbeteiligung bzw. -verteilung, dem Patienten die Beteiligung offenzulegen, so dass dieser dies bei seiner Entscheidung entsprechend berücksichtigen kann (Schlegel, 2013, S. 6).



§ 128 SGB V: Gem. Abs. 2 sind unzulässige Zuwendungen auch die *"...unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten..."*. Auch wenn es sich hierbei um Regularien (unzulässiger) Zusammenarbeit zwischen (nicht ärztlichen) Leistungserbringern und Vertragsärzten handelt, ist dennoch eine Analogie zu empfehlen und demnach (wie bereits oben empfohlen) im PG- sowie im Kooperationsvertrag eine Kostenverteilung festzulegen, die sich an der Verursachung der Kosten durch den jeweiligen Kooperationspartner orientiert.

### **§ 23b MBO-Ä**

Von besonderer Bedeutung ist in dem hier empfohlenen Konstrukt einer medizinischen Kooperationsbereitschaft in einer Praxisgemeinschaft der § 23b MBO-Ä ("Medizinische Kooperationsgemeinschaft zwischen Ärztinnen und Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe"). Die hierbei spezifischen Kriterien werden im Folgenden in Bezug auf das vorgeschlagene Konstrukt bewertet.

#### *Rechtsform:*

Für die Erteilung der Genehmigung ist die medizinische Kooperationsgemeinschaft als Partnergesellschaft (PartGG) oder mittels schriftlichen Kooperationsvertrags in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) zulässig und der Ärztekammer vorzulegen. Aus Sicht des Autors empfiehlt sich die GbR, da hierfür keine Eintragung ins Handelsregister erforderlich ist und diese Rechtsform den größtmöglichen Freiraum gibt. Gleichwohl ist bei der GbR die Haftungsfrage zu klären, da im Grundsatz alle Gesellschafter gesamtschuldnerisch haften und insofern spezifische Haftungsregelungen verabredet bzw. abgesichert werden sollten.

#### *Gleichgerichteter oder integrierender diagnostischer oder therapeutischer Zweck:*

Dies ist für die gemeinsame Behandlung von Patienten mit chronischem Schmerzsyndrom zweifelsfrei gegeben, da der Zweck die Schmerzfreiheit bzw. die Schmerzlinderung von Patienten mit anhaltendem Schmerz darstellt. Die Kooperation kann im Sinne dieser Formulierung auch auf den Zweck der Prävention und Rehabilitation erweitert werden.

#### *Räumlich nahes und koordiniertes Zusammenwirken:*

In dem vorgeschlagenen Modell agieren die Kooperationspartner unter einem Dach, so dass die räumliche Nähe unstrittig sein dürfte. Das koordinierte Zusammenwirken wird im Kapitel 5.2, S.57 näher erläutert.

*a) Wahrung eigenverantwortlicher und selbständiger Berufsausübung des Arztes:*

sowie

*b) Verantwortungsbereiche der Partner gegenüber Patienten bleiben getrennt:*

In dem vorgeschlagenen Modell gilt sowohl für die Praxisgemeinschaft als auch die medizinische Kooperationsgemeinschaft, dass jede Praxis mit dem Patienten auf dessen Wunsch hin separat einen Behandlungsvertrag abschließt und nur die hierbei erbrachte Leistung entsprechend EBM abrechnet. Weder die PG noch die medizinische Kooperationsgemeinschaft verfolgt eine Gewinnerzielungsabsicht. Die wirtschaftlichen Interessen werden im Rahmen der Kostenverteilung geregelt, die sich an dem verursachenden Aufwand orientiert.

*c) medizinische Entscheidungen trifft der (behandelnde) Arzt:*

In dem vorgeschlagenen Modell agieren aufgrund der fachgebietsübergreifenden Diagnose zwei oder mehrere Ärzte zeitgleich. Mit den medizinischen Entscheidungen kann ohnedies nur gemeint sein, für welche therapeutische Empfehlung sich der jeweilige Arzt im Rahmen seines Fachgebiets entscheidet, da die Entscheidung zur Durchführung bzw. Anwendung einer therapeutischen Maßnahme grundsätzlich vom Patienten zu treffen ist. Das Besondere an dem Modell ist, dass sich die behandelnden Ärzte interdisziplinär austauschen und idealerweise eine gemeinsame aufeinander abgestimmte Empfehlung geben. Zugleich erhält der Patient damit eine Zweitmeinung, die bei entsprechender Organisation sogar zeitgleich erfolgen könnte, so dass der Patient die ggf. mehrschichtigen Empfehlungen mit beiden behandelnden Ärzten zeitgleich diskutieren kann, um sich hinsichtlich durchzuführender Therapie zu entscheiden.

*d) Wahrung des Grundsatzes der freien Arztwahl:*

Dieser Grundsatz muss in jedem der zu definierenden bzw. zu optimierenden Prozesse berücksichtigt werden. Das heißt, der Patient sollte bereits bei der Terminierung und Aufnahme dahingehend beraten werden, welche Ärzte in welcher Form und zu welchem Zeitpunkt in Frage kommen könnten, gleichwohl auch darauf hingewiesen werden, dass es seine persönliche Entscheidung ist, von welchem Arzt er behandelt werden möchte. D.h. der Patient bekommt lediglich eine Empfehlung. Für eine abschließende Rechtssicherheit empfiehlt sich eine schriftliche Dokumentation, dass der Patient sein Recht auf freie Arztwahl wahrgenommen hat.

*e) Hinzuziehung weiterer Berufsangehöriger:*

Dieser Aspekt ist im Grunde selbstverständlich, sollte aber im Kooperationsvertrag zwingend Erwähnung finden. So bedarf es beispielsweise für die Bildgebung im Rahmen der Diagnostik eines Radiologen, der im hier skizzierten Modell kein Kooperationspartner ist. Es sollte aber im Kooperationsvertrag zudem geregelt sein, dass auch ein fachgleicher,

nicht der Kooperation zugehöriger Kollege zu Rate gezogen werden kann, wenn dies einer der behandelnden Ärzte für erforderlich hält oder der Patient dies wünscht.

*f) Einhaltung der berufsrechtlichen Bestimmungen:*

Auch dieser Aspekt scheint selbstverständlich. Dennoch sollte im Kooperationsvertrag und bei Betreiben der vorgeschlagenen Kooperation darauf geachtet werden. Dies betrifft insbesondere die bereits angesprochene erforderliche Entbindung der Schweigepflicht, da die beteiligten Ärzte in einer PG zusammengeschlossen sind und für diese Form der Kooperation eine gemeinsame Patientenkartei unzulässig ist, es sei denn, der Patient willigt hierzu ausdrücklich ein. Ebenso sind die Honorarforderungen explizit zu regeln. Wie bereits beschrieben, empfiehlt sich die separate Abrechnung eines jeden Kooperationspartners entsprechend seiner erbrachten Leistung gem. EBM oder GOÄ. Etwaige Geldflüsse für die Zuweisung von einem zum anderen Kooperationspartner sind explizit auszuschließen. Betriebswirtschaftliche Abwägungen können im Rahmen der Kostenverteilung geregelt werden, die sich idealerweise am Verursachungsprinzip orientiert.

*g) Benennung der Namen aller Kooperationspartner und Berufsbezeichnungen:*

Auch dieser Aspekt ist im Grunde selbstverständlich und sollte allein schon im Sinne einer größtmöglichen Transparenz für den Patienten berücksichtigt werden. Zudem ist neben den Namen der Kooperationspartner und derer Berufsbezeichnung das Modell mit dem Zusatz "Medizinische Kooperationsgemeinschaft" zu führen.

#### **5.1.3.4 Zusammenfassung der personellen, rechtlichen und technischen Rahmenbedingungen**

Die voranstehenden Ausführungen zeigen, dass auf die personellen, rechtlichen und technischen Rahmenbedingungen ein besonderes Augenmerk zu legen ist. Während bei den personellen und technischen Rahmenbedingungen die zur Kooperation willigen Ärzte einen vergleichsweise großen Gestaltungs- und Entscheidungsfreiraum haben, sind je nach Kooperationsmodell in der ambulanten Versorgung ganz unterschiedliche gesetzliche und berufspolitische Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. In dem hier vorgeschlagenen Modell der medizinischen Kooperationsbereitschaft ist zu berücksichtigen, dass mit einer größeren Anzahl gemeinsamer Patienten zu rechnen ist, die dann jeweils in der Abrechnung der teilnehmenden Arztpraxen auftauchen. Wie bereits erwähnt, unterzieht die KV Praxisgemeinschaften mit mehr als 30 % gleicher Patienten (bei unterschiedlichen Fachgebieten) einer kritischen Prüfung. Somit ist darauf im Rahmen des Prozesscontrollings ein Augenmerk zu richten, idealerweise wird die KV aber bereits im Vorfeld über die ggf. mehr als 30 % gemeinsamer Patienten informiert.

Wie gezeigt wurde, ergeben sich aus der Analyse und Bewertung der personellen, rechtlichen und technischen Rahmenbedingungen einerseits zu berücksichtigende Aspekte, die es bei der Gestaltung und Optimierung der Managementprozesse zu berücksichtigen gilt.

Andererseits ergeben sich auch Anhaltspunkte für die Festlegung der Strategie im Kontext der Leistungsqualität, der Zeit und der Kosten bzw. der erzielbaren Vergütung. So findet durch die Kooperation der interdisziplinäre Austausch zwischen verschiedenen Fachärztdisziplinen statt, wodurch der Prozess der Personalentwicklung im Hinblick auf die Leistungsqualität positiv beeinflusst wird. Neben der Kostenreduktion durch gemeinsame Nutzung von Infrastruktur, technischer Anlagen und der gemeinsamen Anstellung von Personal ergeben sich durch die Kooperation zusätzliche Abrechnungsoptionen. So kann beispielsweise die Ziffer zur Behandlung der multimodalen Schmerztherapie abgerechnet werden, die eine Kooperation voraussetzt. Zudem ergeben sich ggf. weitere Abrechnungsoptionen wie beispielsweise die Abrechnungsziffer für die Fremdanamnese, die aufgrund der gemeinsam abzustimmenden Diagnose und Therapieempfehlung zur Anwendung kommen kann. Nicht zuletzt sind gem. EBM pro Patient und Quartal eine Reihe von Abrechnungsziffern nur einmal abrechenbar, so dass beispielsweise eine mehrfache Visite durch nur einen behandelnden Facharzt aus betriebswirtschaftlichen Gründen unattraktiv ist, auch wenn dies aus medizinischen Gründen geboten ist. Durch die Kooperation und die arbeitsteilige Gestaltung der Prozesse kann die aus medizinischer Sicht erforderliche Zuwendungszeit für den Patienten erhöht werden, ohne dadurch signifikante Abstriche bei der Leistungsabrechnung in Kauf nehmen zu müssen.

Es kann somit die strategische Zielsetzung formuliert werden, dass mittels Kooperation die Leistungsqualität gesteigert und die Zuwendungszeit für den Patienten erhöht wird bei gleichzeitiger Reduktion der Kosten und der Option zusätzlich abrechenbarer Leistungen.

Den Formulierungen des § 23b MBO-Ä zufolge kann die medizinische Kooperationsgemeinschaft auch den Zweck der Prävention und Rehabilitation verfolgen. So könnte das Programm der multimodalen Schmerztherapie auch ein interessantes Angebot für Unternehmen darstellen, die bspw. im Rahmen des Gesundheitsmanagements das Ziel reduzierter Fehltag verfolgen oder im Kontext des betrieblichen Eingliederungsmanagements einen medizinischen Anbieter suchen.

Ferner könnte auch § 295a in Verbindung mit § 73c SGB V von Interesse sein, wonach gem. Abs. 3 Krankenkassen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern oder Gemeinschaften dieser Leistungserbringer Einzelverträge schließen können. Dies könnte unter der Voraussetzung einer erfolgreichen Erprobung des hier geschilderten Modells eine zusätzliche strategische Option darstellen, die nicht zuletzt auch aus betriebswirtschaftlichen Überlegungen eine interessante zusätzliche Variante darstellen könnte.

Nachdem in den voranstehenden Kapiteln im Rahmen des strategischen Prozessmanagements etwaige strategische Ziele und Rahmenbedingungen und geeignete Kooperationsmodelle erörtert wurden, erfolgt im Anschluss die Erörterung des operativen Prozessmanagements am Beispiel einer medizinischen Kooperationsgemeinschaft.

## 5.2 Methoden und Lösungsansätze für das operative Prozessmanagement

### 5.2.1 Vorgehen bei der Prozessdokumentation

Für die Prozessdokumentation empfiehlt sich in einem ersten Schritt die Darstellung einer Prozesslandkarte (vgl. Abbildung 4-2, S.30), die idealerweise bereits im strategischen Prozessmanagement erfolgt, um hieraus die strategischen Vorgaben und Prozessziele für die jeweiligen Patientengruppen abzuleiten.

Im operativen Prozessmanagement empfiehlt sich die Dokumentation eines jeden Prozesses der Prozesslandkarte mit weiterer Detaillierung, wofür sich beispielsweise als Darstellungsform ein Swimlane-Diagramm empfiehlt, bei dem die am Prozess Beteiligten Rollen bzw. Personen mittels Swimlane und die parallel oder aufeinander folgenden Funktionen visualisiert werden und somit einen Überblick geben (vgl. hierzu die beispielhafte Abbildung 4-7, S.36).

Die Dokumentation eignet sich stets für die Transparenz der Abläufe und stellt eine geeignete Basis für neue Mitarbeiter aber auch für die anschließende Phase der Prozessoptimierung dar. Auch wenn die Dokumentation zuweilen als mühsam empfunden wird, zeigen sich bei der Erstellung bereits Schwachstellen, Risiken und erfolgskritische Aktivitäten, die einen Anhaltspunkt für Optimierungsmaßnahmen geben.

Für die Prozessdokumentation bietet sich zudem die Beschreibung der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten an. Hierfür eignet sich beispielsweise als übersichtliche Darstellungsform die RACI-Matrix. Dabei wird dokumentiert, wer für welche Prozessaktivität zuständig bzw. durchführungsverantwortlich ist (**R**esponsible), wem gegenüber dieser berichtet (**A**ccountable) wer bei der Aktivität berät (**C**onsulted) und wer über die Aktivität informiert wird (**I**nformed). In der nachfolgenden Abbildung wird dies beispielhaft am Prozess der Aufnahme & Anamnese und den ersten Prozessschritten exemplarisch dargestellt.

Prozess / Funktionen bei Aufnahme, Eigenanamnese	Patient	MFA	Schmerz-therapeut	Neurologe	Psychiater / Nervenarzt	Psycho-therapeut	Orthopäde
Schmerzfragebogen	A	R	C (bei Bedarf)				
Empfehlung für einen Arzt	I	A	C (bei Bedarf)				
Entscheidung für Arzt	A	R	I (gewählter Arzt wird informiert)				

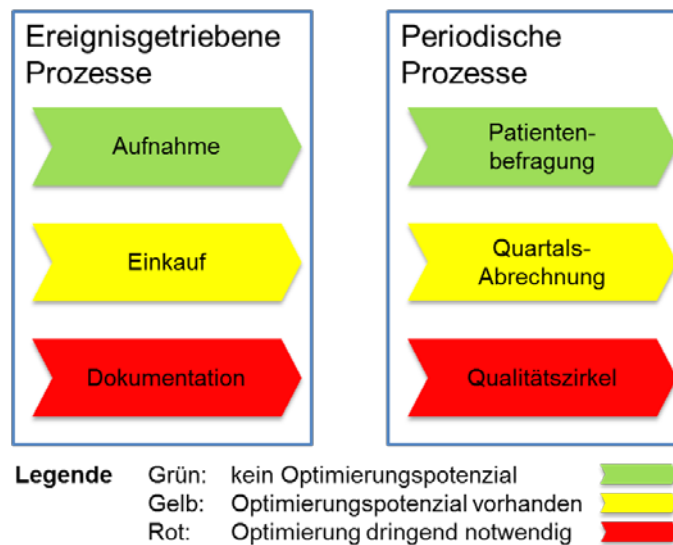
Legende: R Responsible (durchführungsverantwortlich)  
A Accountable (entscheidet)  
C Consulted (berät)  
I Informed (wird informiert)

**Abbildung 5-3: Beispiel RACI-Matrix beim Prozess der Aufnahme & Anamnese**

Quelle: Eigene Darstellung

Die Prozessdokumentation sowie die Beschreibung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten wird idealerweise mit den am Prozess Beteiligten erarbeitet, um einerseits den Ist-Zustand darzustellen aber auch um in der Diskussion vorhandene Stärken und Schwächen zu diskutieren und zu dokumentieren. So ergibt sich am vorgenannten Beispiel die Klärung, nach welchen Kriterien bzw. unter welchen Umständen welcher Arzt von den verantwortlichen MFA empfohlen wird und ob dies den Vorstellungen der Ärzte einerseits und den definierten Prozesszielen andererseits entspricht. Zugleich kann am vorliegenden Beispiel geklärt werden, wer über etwaige Empfehlungen der MFA und Entscheidungen des Patienten informiert werden möchte und wer bei Bedarf beratend zur Verfügung steht. Durch dieses methodische Vorgehen werden häufig auftretende Missverständnisse hinsichtlich Beratungsbedarf, Informationspolitik und Durchführungsverantwortung strukturiert besprochen und die Funktionsverantwortlichen zur jeweiligen Aktivität festgelegt.

Es bietet sich an, bereits bei der Prozessdokumentation die Prozesse und Aktivitäten zu kennzeichnen, die erfolgskritisch sind. Hierfür eignet sich methodisch die Kategorisierung hinsichtlich ereignis- und periodisch getriebener Prozesse. Dies ist insofern von Relevanz, da periodisch getriebene Prozesse hinsichtlich Ressourceneinsatz zeitlich fest planbar sind während für ereignisgetriebene Prozesse hinsichtlich Eintrittshäufigkeit und Eintrittszeitpunkt Annahmen getroffen werden müssen, die in der Phase des Prozesscontrollings bspw. in Bezug auf Auslastungsspitzen überprüft werden sollten. Für die Priorisierungsdarstellung zu optimierender Prozesse empfehlen Gericke et al. (2013, S. 27) eine Heatmap wie die folgende beispielhafte Darstellung zeigt.



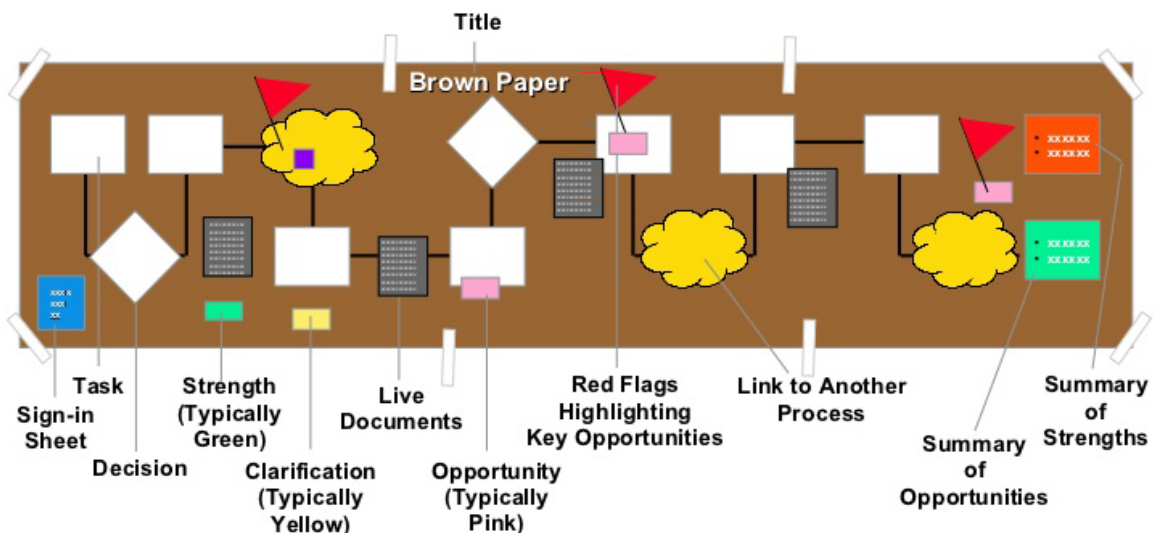
**Abbildung 5-4: Heatmap Beispiel zur Priorisierung des Optimierungspotenzials**

Quelle: Eigene Darstellung nach Gericke et al. (2013, S. 27)

Die Priorisierung erfolgt beispielsweise anhand der Stärken und Schwächen, die bereits in der Phase der Prozessdokumentation festgehalten wurden oder in der Phase der Prozessoptimierung erarbeitet werden. Wenn es sich um eine neue Praxis oder Praxisgemeinschaft wie z.B. bei der in dieser Arbeit skizzierten Variante einer medizinischen Kooperationsgemeinschaft in einer Praxisgemeinschaft handelt, werden die Phasen der Prozessdokumentation und Prozessoptimierung zusammengelegt, da noch kein dokumentierbarer Ist-Zustand vorliegt.

## 5.2.2 Lösungsansätze in der Phase der Prozessoptimierung

Eine geeignete Methode zur Optimierung von Prozessen ist die sogenannte Brown-Paper-Analyse. Dabei handelt es sich um eine Methode zur Prozessidentifikation, Prozessanalyse und Prozessmodellierung. Mit einfachen Mitteln (Papier, Stift, Klebekarten und dgl.) werden gemeinsam mit den am Prozess Beteiligten die ggf. bereits dokumentierten Ist-Prozesse skizziert und hiernach die Soll-Prozesse visualisiert.



**Abbildung 5-5: Brown-Paper-Analyse**

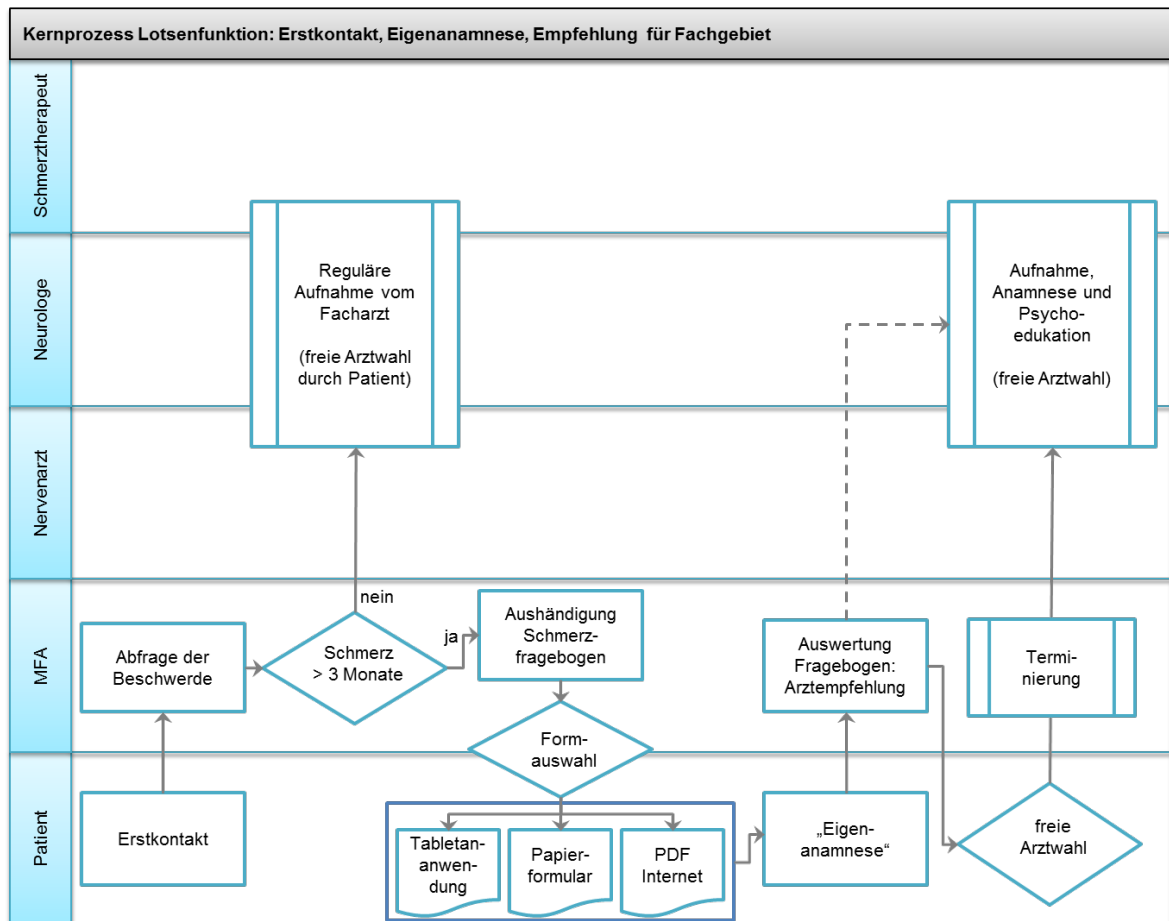
Quelle: <http://de.slideshare.net/woznite65/b-processv3-brown-papersgsw>

Mittels dieser Methode wird mit den Beteiligten ein gemeinsames Verständnis für den Ist-Zustand geschaffen und ein Soll-Zustand erarbeitet. Somit dient diese Methode neben dem Aspekt der Prozessoptimierung auch der Teambildung und Kommunikation (Dräger & Rößler, 2012, S. 47).

Ein besonderes Augenmerk ist bei der Prozessoptimierung auf die Kernprozesse zu legen, die sich an den Bedürfnissen der Patienten orientieren und die Leistung beschreiben, welche die Patienten erhalten. Im Folgenden werden einige ausgewählte Beispiele skizziert, wie die Kernprozesse in der skizzierten Kooperationsgemeinschaft aussehen könnten.

Wie in den Kapiteln 2 und 3 erläutert wurde, steht der Patient vor der Herausforderung, sich für den geeigneten Arzt bzw. die geeigneten Ärzte zu entscheiden. Zudem ist es im Sinne der Schmerzlinderung zielführend, wenn der Patient seine Krankheit nebst Diagnose kennt und versteht, da dies bereits zur Linderung des Schmerzes beitragen kann. Um den Patient im Rahmen des Kernprozesses "Lotsenfunktion" zu unterstützen, bietet sich an, bereits beim Erstkontakt durch die MFA die Beschwerden abzufragen. Sofern über anhaltende Schmerzen in einem Zeitraum von mehr als drei Monaten berichtet wird, bitten die MFA den Patienten, einen Schmerzfragebogen in Form eines Papierdokuments, eines PDF-Formulars oder in Form einer Tablet-Anwendung auszufüllen. Durch die Beantwortung der Fragen dieses standardisierten Schmerzfragebogens erfolgt eine strukturierte Eigenanamnese durch den Patienten. Durch die MFA wird der Fragebogen ausgewertet und je nach Antworten und definierter Regeln ein geeignetes Fachgebiet empfohlen. Dabei wird der Patient darauf hingewiesen, dass er freie Arztwahl hat. Dieses Verfahren wird in nachfolgender Darstellung beispielhaft als Swimlane-Diagramm gezeigt.



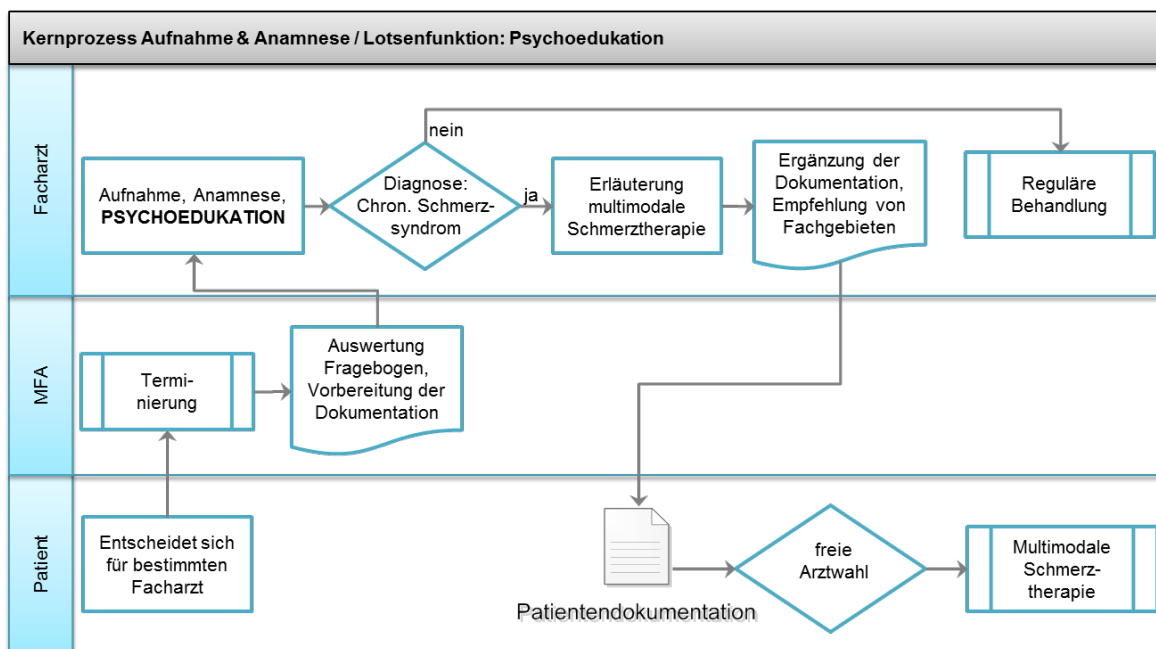


**Abbildung 5-6: Prozess (Bsp.) für Erstkontakt, Eigenanamnese**

Quelle: Eigene Darstellung

Wie an der voranstehenden Abbildung gezeigt, haben die MFA eine Durchführungsverantwortung. In einem weiteren Schritt wäre der Prozessinput zu diskutieren, wie der Patient überhaupt auf die Kooperationsgemeinschaft aufmerksam geworden ist. Beispiele sind Überweisungen von Haus- oder anderen Fachärzten, Internetauftritt, Vorträge, Seminare etc. und sind Teil der Dokumentation und Optimierung der Managementprozesse. Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen, finden die Managementprozesse wie auch die Unterstützungsprozesse wie z.B. die Terminierung keine weitere Berücksichtigung. Vielmehr zeigt dieses Beispiel, dass sich aus den Kernprozessen Anforderungen an die Unterstützungsprozesse und Managementprozesse ergeben.

Der Prozess-Output am Beispiel der voranstehenden Abbildung ist infolge der freien Arztwahl durch den Patienten und einer entsprechenden Terminierung durch die MFA der Prozess der Aufnahme und Anamnese durch einen Facharzt. Wie in Kapitel 3.6 erläutert wurde, erfährt der Patient mit chronischem Schmerzsyndrom bereits eine Schmerzlinderung, wenn er seine Krankheit kennt und versteht. Hierfür ist eine entsprechende Psychoedukation erforderlich sowie die Erläuterung, aus welchem Grund die Durchführung der multimodalen Schmerztherapie anzuraten ist. Somit empfiehlt sich im Prozess die Berücksichtigung dieser Funktion wie nachfolgende Abbildung zeigt.

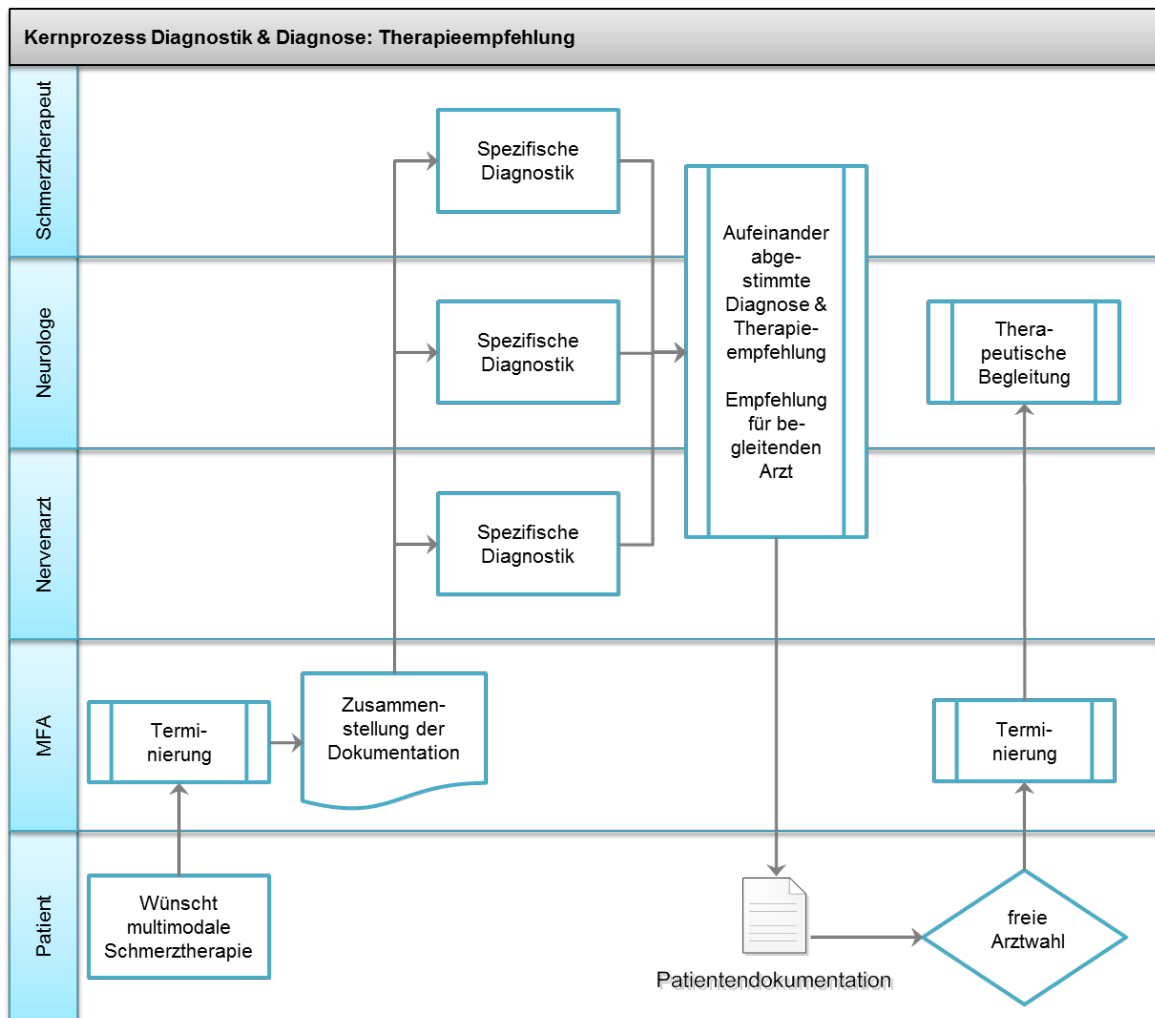


**Abbildung 5-7: Prozess (Bsp.) für Aufnahme und Psychoedukation**

Quelle: Eigene Darstellung

Die voranstehende beispielhafte Abbildung lässt sich sowohl dem Kernprozess "Aufnahme & Anamnese" als auch dem Kernprozess "Lotsenfunktion" zuordnen. Denn sofern die Diagnose "chronisches Schmerzsyndrom" vorliegt, empfiehlt sich die Weiterbehandlung durch mehrere Fachärzte idealerweise im Rahmen der multimodalen Schmerztherapie. Auch hier hat der Patient den Anspruch auf freie Arztwahl, die durch die Kooperationsgemeinschaft bzw. den behandelnden Arzt sicherzustellen ist. Infolge der Psychoedukation sowie der Erläuterung zum Vorgehen der multimodalen Schmerztherapie wird somit eine Empfehlung zur weiteren Behandlung abgegeben sowie ein Angebot, dies in der Kooperationsgemeinschaft durchzuführen, sofern dies der Patient wünscht. Idealerweise wird dem Patient hierfür eine möglichst individuelle Patientendokumentation ausgehändigt, die ihm für seine zu treffende Entscheidung relevante Informationen gibt und in der zudem auf die freie Arztwahl und die Entbindung der Schweigepflicht hingewiesen werden kann.

Die Weiterbehandlung im Rahmen der multimodalen Schmerztherapie erfolgt durch mehrere Fachärzte wie nachfolgende Abbildung zeigt.



**Abbildung 5-8: Prozess (Bsp.) Therapieempfehlung**

Quelle: Eigene Darstellung

Wie der voranstehende Prozess zeigt, erfolgt die spezifische Diagnostik der beteiligten Fachärzte parallel. Dabei kann dies natürlich nicht zeitgleich erfolgen, vielmehr ist die Intention dieser Darstellung, dass in dem Kooperationsmodell eine weitestgehend parallelierte Diagnostik vorgenommen wird, um eine zeitnahe gemeinsame aufeinander abgestimmte Diagnose und Therapieempfehlung abgeben zu können, die allein schon aus medizinischen Gründen zielführend (vgl. Abbildung 3-5, S.22) aber vor allem im Interesse des Patienten ist. Zugleich erfolgt damit eine Qualitätssicherung durch ein Vier- bzw. Mehraugenprinzip, der Patient erhält eine Zweitmeinung und möglicherweise stellt sich sogar ein Placebo-Effekt ein, nach dem Motto: "Mehr Ärzte helfen mehr". Eine interessante Option wäre, wenn die Therapieempfehlung für den Patienten von zwei Ärzten zeitgleich vorgenommen würde, da hierdurch der Patient die Möglichkeit hätte, sich hinsichtlich seiner zu treffenden Entscheidung für eine Therapie mit zwei oder mehr Experten zu beratschlagen. Doch auch wenn die gemeinsame aufeinander abgestimmte Therapieempfehlung nur von einem der beteiligten Fachärzte ausgesprochen würde, hätte der Patient dennoch die Option, bei den anderen Fachärzten bei Bedarf rückzufragen. Neben der genannten Qualitätssicherung ergibt sich für die Fachärzte in diesem Modell der Vor-

teil des interdisziplinären Austauschs und damit auch der kontinuierlichen Weiterbildung. Zudem erleichtert dieser Austausch auch die Weiterbehandlung im Kernprozess der Therapiebegleitung, die dann von einem Facharzt hauptverantwortlich durchgeführt werden könnte, der bei Bedarf aber die Kollegen zu Rate ziehen und bedarfsorientiert an diese überweisen kann. Bei der Umsetzung und Durchführung dieses Prozesses bedarf es der Festlegung gemeinsamer Zeitfenster, die im Unterstützungsprozess der Terminierung berücksichtigt werden müssen. So könnte beispielsweise ein gemeinsamer "Schmerztag" pro Woche definiert werden, an dem die an der Kooperation beteiligten Ärzte nur Patienten mit chronischem Schmerz behandeln und sich z.B. vormittags und nachmittags hinsichtlich durchgeführter Diagnostik zu einer gemeinsamen Therapieempfehlung abstimmen. Dabei haben die Patienten die Gelegenheit, die beteiligten Ärzte aber auch andere Patienten mit chronischem Schmerzsyndrom kennenzulernen. Der Austausch unter "Leidensgenossen" hinsichtlich Erfahrungen und Wirksamkeit bereits durchgeführter therapeutischer Maßnahmen ist sicherlich nicht abträglich.

Die vorgenannten Prozessbeschreibungen stellen nur eine Auswahl beispielhafter Ansätze dar und bedürfen der konkreten Ausgestaltung je nach Spezialisierung und Anzahl der an der Kooperation beteiligten Ärzte.

### **5.2.3 Aspekte für die Phase der Prozessumsetzung**

Die aus der Prozessoptimierung ableitbaren Maßnahmen, die beispielsweise einfach und schnell Schwächen eliminieren, werden idealerweise sofort umgesetzt und als sogenannte Quickwins bezeichnet.

In der Regel ergibt sich aus der Phase der Prozessoptimierung ein Maßnahmenportfolio, das Kapazitäten bindet und bei dem die einzelnen Maßnahmenpakete inhaltlich und zeitlich aufeinander abzustimmen sind. Insofern empfiehlt sich in der Phase der Prozessumsetzung zumeist das Aufsetzen eines oder mehrerer Projekte.

Für das in dieser Arbeit skizzierte Modellvorhaben ist die Grundvoraussetzung, dass niedergelassene Fachärzte gewillt sind, sich zu einer medizinischen Kooperationsgemeinschaft, einen Praxisverbund oder zu einem MVZ zusammenzuschließen. Unabhängig davon, um welche Kooperationsform es sich handelt, bedarf es entsprechender vertragsrechtlicher Niederschriften und Genehmigungen. Hier empfiehlt sich eine Parallelisierung der Prozessdefinition mit der Vertragsschreibung, da sich vertragliche Regelungstatbestände nicht zuletzt aus den Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten des operativen Prozessmanagements aber vor allem aus der Analyse und Festlegung der Rahmenbedingungen aus dem strategischen Prozessmanagements ableiten lassen.

Die Funktionen und zu berücksichtigenden Aspekte des Projektmanagements hier aufzulisten, ist nicht Ziel der Arbeit. Einen guten Überblick geben bspw. Rößler et al. (2008). Die nachfolgende Auflistung dient lediglich einem schnellen Überblick, worauf bei Projekten zu achten ist.

- Stakeholder-, Umfeldanalyse und Zielsetzung
- Phasenplanung
- Projektstrukturierung und Projektorganisation
- Zeitplanung
- Einsatzmittel- und Kostenplanung
- Projektabwicklung und –controlling
- Projektabschluss und -review
- Changemanagement
- Risikomanagement

Bei der in dieser Arbeit skizzierten Modellvariante einer medizinischen Kooperationsgemeinschaft zur Behandlung von Patienten mit chronischem Schmerz ist ein besonderes Augenmerk auf die Stakeholder- und Umfeldanalyse zu richten. Stakeholder sind neben der KV und der Ärztekammer nicht zuletzt auch niedergelassene Kollegen, die durch ein solches Modell einen Wettbewerb mit der Konsequenz abwandernder Patienten befürchten könnten, was im Zusammenhang mit dem Risikomanagement Berücksichtigung finden sollte. Insofern ist bei der Projektierung im Rahmen des Changemanagements nicht nur die interne sondern auch die externe Kommunikation im Hinblick auf geplante Veränderungen zu berücksichtigen. Hier empfiehlt sich die Berücksichtigung der niedergelassenen Kollegen bei der Definition bzw. Optimierung der Prozesse. Dies könnte beispielsweise in der Form erfolgen, dass bei entsprechender Zuweisung durch einen Kollegen in das Programm der multimodalen Schmerztherapie mit Abschluss der Behandlung die Empfehlung an den Patienten ausgesprochen wird, sich wieder in die Behandlung seines ursprünglichen Arztes zu begeben, der zur adäquaten Weiterbehandlung eine aussagekräftige Dokumentation erhält. Damit könnten etwaige Befürchtungen von niedergelassenen Ärzten entkräftet werden, gleichwohl stellt dies ein zusätzliches Argument für die Genehmigung durch die Ärztekammer dar und ist vor allem im Interesse des Patienten, das im Sinne des Prozessmanagements stets im Fokus der Betrachtung steht.

Bei der Prozessumsetzung empfiehlt sich neben der Dokumentation der Prozesse, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten auch die Erstellung und Bereitstellung von Handlungshilfen bzw. Handlungsanweisungen. So bedarf es beispielsweise der Auswahl eines geeigneten Schmerzfragebogens, der einerseits den medizinischen Anforderungen und andererseits gem. Prozessdefinition als Papierformular, als PDF-Formular sowie als Tabletanwendung bereitgestellt werden kann. Zudem bedarf es gemäß der Prozessbeschreibung der Qualifikation der beteiligten MFA, welche medizinischen Fachgebiete infolge der Antworten des ausgefüllten Fragebogens für den Patienten empfohlen werden können. Zudem ist beispielsweise die Erstellung von Informationsmaterial auf der Homepage der Kooperationsgemeinschaft wie auch Flyer für die Patienten hilfreich, da hierdurch beispielsweise die Zeit für die Psychoedukation bei einem vorinformierten Patienten verkürzt werden kann bzw. die Informationsmaterialien die Psychoedukation als Beigabe zum Nachlesen unterstützt.

## **5.2.4 Aspekte für die Phase der Prozessdurchführung**

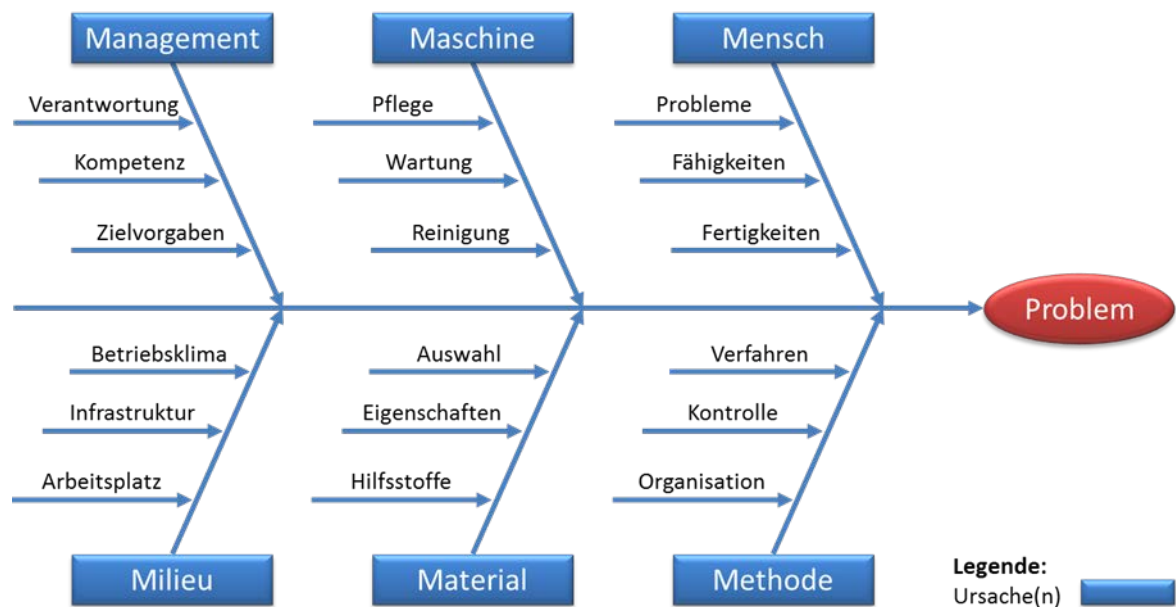
Sind die Prozesse definiert, die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten festgelegt, Verträge unter Dach und Fach und die Handlungshilfen erstellt, geschult und im Hinblick auf Praktikabilität pilothaft erprobt, kann es mit der medizinischen Kooperationsgemeinschaft losgehen.

Erfahrungen zeigen, dass optimierte Prozesse selbst bei sehr detaillierter Planung und Umsetzung in der operativen Durchführung Schwächen aufweisen. Dies ist aus Sicht des Autors so lange unproblematisch, solange eine Kultur der konstruktiven Kritik vorherrscht und die am Prozess Beteiligten die auftretenden Schwächen und Sonderfälle vermerken. Diese Vermerke und Hinweise sind ebenso Aktivitäten der Prozessdurchführung wie zu erhebenden Daten wie z.B. Patientenzufriedenheit, Wartezeiten, Wirksamkeit von therapeutischen Maßnahmen, die sich aus der Prozesszielsetzung ableiten. Diese Informationen und erhobenen Daten stellen die Grundlage dar, die beispielsweise in regelmäßig stattfindenden Audits im Rahmen des Managementprozesses "Prozessmanagement & Qualitätssicherung" zur Diskussion gestellt werden.

## **5.2.5 Aspekte und Methoden für die Phase des Prozesscontrollings**

Die bei der Prozessdurchführung erhobenen Daten und Vermerke werden in der Phase des Prozesscontrollings analysiert und aggregiert mit dem Zweck der Performancemessung im Hinblick auf den Zielerreichungsgrad. Es bietet sich an, dass auch Ergebnisse von regelmäßig durchgeführten allgemeinen Befragungen zur Patientenzufriedenheit Eingang in die Analyse und Auswertung des Prozesscontrollings finden. Dabei stellt diese Phase eine Funktion des Managementprozesses "Prozess- & Qualitätsmanagement" dar und dient nicht zuletzt auch der Steuerung der Kooperationsgemeinschaft. Durch die bedarfsgerechte Änderung bzw. Anpassung der Prozesse infolge von Schwächen aber auch infolge etwaiger Änderungen der Rahmenbedingungen wird ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess sichergestellt.

Für die Analyse von Schwächen empfiehlt sich die Durchführung einer Problemanalyse. Eine mögliche Methode zur Analyse etwaiger Problemfelder, welche die Ursache für eine Abweichung der vorgegebenen Prozessziele darstellt, ist bspw. das Ursachen-Wirkungsdiagramm (vgl. nachfolgende Abbildung). Hierbei werden auf Basis der ggf. erhobenen Daten und gewonnenen Erkenntnisse die Ursachen aufgezeigt, die zu einem Problem führen. Zudem ist diese Methode geeignet, im Team bearbeitet zu werden, z.B. mit den Mitarbeitern, Verantwortlichen und Controllern und somit auch für die kooperative Zusammenarbeit und Teamförderung als Kommunikationsinstrument Nutzen stiftet. Die Methode eignet sich zudem nicht nur für die Phase des Prozesscontrollings sondern auch beispielsweise in der Phase der Prozessoptimierung zur Analyse von Schwachstellen im Ist-Zustand.



**Abbildung 5-9: Ursachen-Wirkungs-Diagramm**

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Dräger & Rößler (2012, S. 57)

Der Nutzen dieser Methode liegt insbesondere darin, dass in strukturierter Form verschiedene Dimensionen als mögliche Problemursachen geprüft werden, so dass nicht allein nur die allseits bekannten in den Mittelpunkt der Diskussion gerückt werden, sondern dass bei der Problemlösungssuche möglichst alle verursachenden Aspekte berücksichtigt werden.

## 6 Zusammenfassung und Ausblick

Gem. § 13 SGB XII besteht für die gesundheitliche Versorgung der Grundsatz "ambulant vor stationär". Gem. § 76 SGB V hat der Patient in der ambulanten Versorgung den Anspruch der freien Arztwahl und somit die Qual der Wahl.

Für die Behandlung von Patienten mit anhaltendem Schmerz besteht aus sozialpolitischer Sicht der Bedarf zur frühzeitigen Behandlung, da rund 17 % der deutschen Bevölkerung unter chronischen Schmerzen leidet mit prognostisch steigender Tendenz. Allein durch Kreuzschmerzen entstehen direkte Kosten in Höhe von 8,4 Mrd. Euro pro Jahr, wovon rund 85 % durch Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit bedingten Produktionsausfall entstehen. Somit ist davon auszugehen, dass auch Unternehmen ein großes Interesse an der wirksamen Behandlung von Patienten mit chronischem Schmerz haben. Aber auch die Krankenkassen, die für die Finanzierung der verbleibenden 15 % der Kosten allein für Kreuzschmerzen aufkommen, dürften ein großes Interesse an einer frühzeitigen und wirksamen Behandlung haben.

Folgt man den Hinweisen in der Managementliteratur zum Thema Prozessmanagement, werden bei Anwendung dieser Theorie und Methodik als Vorteile u.a. höhere Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit bei Steigerung der Leistungsqualität und niedrigeren (Prozess-)Kosten sowie kürzeren Durchlaufzeiten benannt. Mit der vorliegenden Arbeit konnten aufbauend auf den Ansätzen des Prozessmanagements beispielhaft Lösungsansätze aufgezeigt werden, wie Prozesse gestaltet werden können, um für Patienten mit chronischem Schmerzsyndrom sowohl im Hinblick auf Diagnostik, Diagnose, Therapieempfehlung und Therapiebegleitung eine größtmögliche Wirkung zu erzielen. Dabei ergibt sich bei stringenter Anwendung der Prozessmanagementmethodik automatisch die Fragestellung der rechtlichen wie auch der organisationspolitischen Optionen, die durch methodische Ableitung zu Lösungsvarianten führt. Durch die Fokussierung auf die Bedürfnisse der Patientengruppe mit chronischen Schmerzen ergibt sich im Rahmen des strategischen Prozessmanagements automatisch die Notwendigkeit der Kooperation.

Bei der fachbereichsübergreifenden Mehrfachdiagnose des chronischen Schmerzsyndroms kommen bspw. pharmakologische, operative und invasive wie auch verhaltens- und physiotherapeutische Therapiemaßnahmen zur Anwendung. Aus der Fülle dieser nur beispielhaft aufgezählten therapeutischen Maßnahmen ergibt sich, dass sich ein Patient mit diesem Krankheitsbild in die Behandlung verschiedener Ärzte und Therapeuten begeben sollte. Ein wirksames Programm ist die multimodale Schmerztherapie, bei der verschiedene Diagnostik- und Therapieverfahren zur Anwendung kommen bei gleichzeitiger, inhaltlicher und aufeinander abgestimmter interdisziplinärer Behandlung verschiedener Fachärzte. Somit kann festgehalten werden, dass auch aus medizinischer Sicht die Kooperation verschiedener spezialisierter Ärzte und Therapeuten der Schlüssel zum Erfolg einer wirksamen Therapie ist.



Obgleich die gesetzlichen wie auch berufsrechtlichen Bestimmungen komplex anmuten, finden sich verschiedene Modelle zur interdisziplinären Zusammenarbeit. Für die ambulante Versorgung von Patienten mit chronischem Schmerzsyndrom eignen sich das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ), der Praxisverbund und die medizinische Kooperationsgemeinschaft. Dabei ist nach Auffassung des Autors die medizinische Kooperationsgemeinschaft das Modell, bei dem sich der vergleichsweise größte Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum ergibt und die Hemmschwelle für den Zusammenschluss niedergelassener Ärzte am geringsten ausfallen dürfte. Unabhängig von der gewählten Kooperationsform lässt sich festhalten, dass sich durch eine fachärztliche Kooperation Vorteile in der Leistungsqualität und ärztlichen Zuwendungszeit für den Patienten ergeben bei gleichzeitiger Kostenreduzierung und zusätzlichen Abrechnungsoptionen. Somit stellt die Kooperation auch einen Wettbewerbsvorteil gegenüber der Einzelpraxis dar.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Schlüssel zum Erfolg in der fachärztlichen Kooperation liegt, wozu diese Arbeit ermuntern soll. Durch die fachärztliche Kooperation ergeben sich aus medizinischer wie auch sozialpolitischer Hinsicht Vorteile, die zugleich im Interesse von Unternehmen und Krankenkassen sein dürften. Vor allem aber ist eine fachärztliche Kooperation im Interesse der Patienten mit chronischen Schmerzen. Dabei ergeben sich bei stringenter Anwendung des Prozessmanagements betriebswirtschaftliche Vorteile für die an der Kooperation beteiligten Facharztpraxen und stellen somit einen Wettbewerbsvorteil gegenüber der Einzelpraxis dar.

Bei der Etablierung einer fachärztlichen Kooperation empfiehlt sich in den Phasen der Prozessdurchführung und des Prozesscontrollings die Erhebung und Auswertung von Daten, die die Wirksamkeit der verschiedenen Therapien aufzeigen. Zum einen sind diese Informationen und Nachweise hilfreich für etwaige Verhandlungen von Selektiv- bzw. Direktverträgen mit den Krankenkassen, die Ihren Versicherten mit entsprechender Indikation die Kooperationsgemeinschaft empfehlen könnten. Zum anderen bilden die erhobenen Daten auch eine wertvolle Grundlage für weitere Forschungsfelder wie zum Beispiel die medizinische Wirksamkeit verschiedener Therapieverfahren aber auch Anhaltspunkte für die Versorgungsforschung.

# Literatur

- Amelung, V. (2010). Neue Versorgungsformen als Strategie zur Effizienz- und Qualitätssteigerung im Gesundheitswesen. In V. Amelung, F. Bergmann, P. Falkai, I. Hauth, E. Jaleel, U. Meier, et al., *Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten*. (S. 1-35). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Arnold, B., Brinkschmidt, T., Casser, H.-R., Gralow, I., Irnich, D., Limczyk, K., et al. (2009). Multimodale Schmerztherapie – Konzepte und Indikation. *Der Schmerz*, S. 112-120.
- BÄK, KBV, AWMF. (2011). *Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz*. Abgerufen am 09. Juni 2014 von <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/kreuzschmerz>
- Bamberger, I., & Wrona, T. (2013). *Strategische Unternehmensführung. Strategien, Systeme, Methoden, Prozesse. 2. Auflage*. München: Vahlen.
- Bayerische Landesärztekammer. (2012). *Berufsordnung für die Ärzte Bayerns*. Abgerufen am 14. 04 2015 von [http://www.blaek.de/pdf\\_rechtliches/haupt/BO\\_2\\_16.pdf](http://www.blaek.de/pdf_rechtliches/haupt/BO_2_16.pdf)
- Bayerische Landesärztekammer. (2013). *Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 24. April 2004 - in der Fassung der Beschlüsse vom 12. Oktober 2013*. Abgerufen am 04. 04 2015 von [http://www.blaek.de/weiterbildung/WBO\\_2004/download/WO%202004\\_2012%2010.pdf#page=1&pagemode=bookmarks&view=FitB](http://www.blaek.de/weiterbildung/WBO_2004/download/WO%202004_2012%2010.pdf#page=1&pagemode=bookmarks&view=FitB)
- Bräuninger, M., Vöpel, H., & Stöver, J. (2013). *Globale Absatzmärkte der deutschen Medizintechnik. Perspektiven und Prognosen 2020*. Abgerufen am 04. 04 2015 von [http://www.hwwi.org/fileadmin/hwwi/Publikationen/Partnerpublikationen/HSH/Medizintechnik-Studie\\_2009.pdf](http://www.hwwi.org/fileadmin/hwwi/Publikationen/Partnerpublikationen/HSH/Medizintechnik-Studie_2009.pdf)
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of pain*, S. 287-333.
- Bundesärztekammer. (2008). Niederlassung und berufliche Kooperation. *Deutsches Ärzteblatt*, S. A1019-A1025, Jg. 105, Heft 19.

- Bundesministerium für Gesundheit; Bundesministerium der Justiz. (2014). *Informiert und selbstbestimmt. Ratgeber für Patientenrechte*. Abgerufen am 15. 03 2015 von [http://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/DE/Ratgeber\\_fuer\\_Patientenrechte.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/DE/Ratgeber_fuer_Patientenrechte.pdf?__blob=publicationFile)
- Bundeszentrale für politische Bildung: Gerlinger, T.; Burkhardt, W. (2012). *Dossier Gesundheitspolitik. Bismarcks Erbe: Besonderheiten und prägende Merkmale des deutschen Gesundheitswesens*. Abgerufen am 22. 03 2015 von <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72553/deutsche-besonderheiten?p=3>
- Bundeszentrale für politische Bildung: Gerlinger, T.; Noweski, M. (2012). *Dossier Gesundheitspolitik: Institutionen und Akteure im Gesundheitswesen - Überblick*. Abgerufen am 22. 03 2015 von <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72722/ueberblick>
- Butler, D. S., & Moseley, L. (2009). *Schmerzen verstehen. 2. Auflage*. Heidelberg: Springer Medizin.
- Butz, N. (2004). Bewegung und Bürokratie für niedergelassene Ärzte. *Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, Heft 1-2*, S. A12-A13.
- Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (2007). *Schmerz in Deutschland. Ethik-Charta der DGSS*. Köln: Deutscher Schmerzverlag.
- Deutsche Schmerzliga e.V. (2013). *Chronischer Schmerz: Daten, Fakten, Hintergründe*. Abgerufen am 03. Mai 2014 von [http://www.schmerzliga.de/download/Dossier\\_Schmerzliga.pdf](http://www.schmerzliga.de/download/Dossier_Schmerzliga.pdf)
- Dillerup, R., & Stoi, R. (2006). *Unternehmensführung. 3. Auflage*. München: Vahlen.
- Dräger, E., & Rößler, S. (2012). Ziele, Konzeption und Vorgehensweise für ein Projektorientiertes Prozessmanagement. In E. Dräger, & S. Rößler, *Projektorientiertes Prozessmanagement. Fliegen wie ein Fisch*. (S. 6-115). Röthenbach: Resultance GmbH (Eigenverlag).
- Egle, U., & Zentgraf, B. (2014). *Psychosomatische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Therapie und Begutachtung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Füermann, T., & Dammasch, C. (2008). *Prozessmanagement: Anleitung zur ständigen Prozessverbesserung*. München: Carl Hanser.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2015). *Gemeinsamer Bundesausschuss*. Abgerufen am 15. 03 2015 von <http://www.g-ba.de>

- Gericke, A., Bayer, F., Kühn, H., Rausch, T., & Strobl, R. (2013). Der Lebenszyklus des Prozessmanagements. In F. Bayer, & H. Kühn, *Prozessmanagement für Experten. Impulse für aktuelle und wiederkehrende Themen*. (S. 11-33). Berlin Heidelberg: Springer Gabler.
- Grosch, B., Ozegowski, S., Fischer, A., Schweizer, C., Wagner, I., & Becker, M. (2013). *Qualitätswettbewerb. Chancen für Deutschlands Gesundheitssystem*. Abgerufen am 15. 03 2015 von <http://www.bcg.de/documents/file151485.pdf>
- Hierzel, M., Geiser, U., & Gaida, I. (2013). *Prozessmanagement in der Praxis. Wertschöpfungsketten planen, optimieren und erfolgreich steuern*. 3. Auflage. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Hochschule Konstanz: Kellner, A.; Wist, V.; Kleinhens, B. (2010). *Gesundheitswesen*. Abgerufen am 29. 03 2015 von <http://medinfo-wiki.de/index.php/Gesundheitswesen>
- Jacobs, K., Kip, C., & Schulze, S. (2010). Mehr Kostenerstattung in der GKV? Auswirkungen auf Kostentransparenz und Inanspruchnahmeverhalten - Wunsch und Wirklichkeit. *G+G Wissenschaft (GGW)* - Jg. 10, Heft 4 (Oktober), S. 17-26.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2013). *Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V*. Abgerufen am 14. 04 2015 von [http://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvorgabe\\_Anerkennung\\_Praxisnetze\\_Ausfertigung.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvorgabe_Anerkennung_Praxisnetze_Ausfertigung.pdf)
- Koch, S. (2011). *Einführung in das Management von Geschäftsprozessen*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Kugeler, M., & Vieting, M. (2005). Gestaltung einer prozessorientierten Aufbauorganisation. In J. Becker, M. Kugeler, & M. Rosemann, *Prozessmanagement. Ein Leitfaden zur prozessorientierten Organisationsgestaltung* (S. 220-276). Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Kunze, H. (2009). Der Weg von der Psychiatrie-Enquete (1975) bis zu den neuen Versorgungsformen. In J. Weatherly, & R. Lägél, *Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik*. (S. 9-20). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kürten, L. (2001). *Chronischer Schmerz. Ergebnisse der Forschung verbessern die Versorgung der Patienten*. Bonn: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF).

- Lux, G., Farrenkopf, N., Noweski, M., Steinbach, P., Linde van der, K., Walendzik, A., et al. (2013). Private Krankenversicherung. In J. Wasem, S. Staudt, & D. Matusiewicz, *Medizinmanagement. Grundlagen und Praxis* (S. 163-190). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Meidenbauer, T. (2005). *Das Wachstum der Gesundheitsausgaben - Determinanten und theoretische Ansätze*. Abgerufen am 04. 04 2015 von [http://www.fwi.uni-bayreuth.de/de/download/WP\\_07-05.pdf](http://www.fwi.uni-bayreuth.de/de/download/WP_07-05.pdf)
- Nobis, H.-G. (2012). Herausforderung Schmerz. Schmerz und Psyche. In H.-G. Nobis, R. Rolke, & T. Graf-Baumann, *Schmerz - eine Herausforderung. Informationen für Betroffene und Angehörige*. (S. 16-24). München: Springer Medizin.
- Nobis, H.-G., & Rolke, R. (2012). Herausforderung Schmerz. Akuter und chronischer Schmerz. In H.-G. Nobis, R. Rolke, & T. Graf-Baumann, *Schmerz - eine Herausforderung. Informationen für Betroffene und Angehörige* (S. 14-16). München: Springer Medizin.
- Ochs, A., Jahn, R., & Matusiewicz, D. (2013). Gesundheitssysteme: ein internationaler Überblick. In J. Wasem, S. Staudt, & D. Matusiewicz, *Medizinmanagement. Grundlagen und Praxis*. (S. 1-48). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Osterbrink, J. (2009). *Daten und Fakten zum Thema Schmerz in Deutschland*. Abgerufen am 03. Mai 2014 von [http://www.allianz-fuer-wissenschaft.de/download/presse/daten\\_und\\_fakten\\_zum\\_thema\\_schmerz\\_in\\_deutschland\\_100902\\_01.pdf](http://www.allianz-fuer-wissenschaft.de/download/presse/daten_und_fakten_zum_thema_schmerz_in_deutschland_100902_01.pdf)
- Paul, H., & Wollny, V. (2011). *Instrumente des strategischen Managements. Grundlagen und Anwendung*. München: Oldenbourg.
- Pfitzinger, E. (2003). *Geschäftsprozess-Management, Steuerung und Optimierung von Geschäftsprozessen*. Deutschland: DIN Deutsches Institut für Normung e.V.
- Richter, J. (2014). *Schmerzen verlernen. Die erfolgreichen Techniken der psychologischen Schmerzbewältigung. Anleitung und Übungen zur Selbsthilfe*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Rößler, S., Mählich, B., Voigtmann, L., Friedrich, S., & Steiner, B. (2008). *Projektmanagement für Newcomer. 2. Auflage*. Dresden: RKW Sachsen GmbH.
- Rudolph, P., Isensee, D., Gerlach, E., & Groß, H. (2013). Medizinisches Versorgungszentrum – geeignetes Instrument der ambulanten patientenadäquaten Versorgung und leistungsgerechten Vergütung. *Zentralblatt für Chirurgie*, S. 45-52, Heft 1.

- Rufo, M., Zerres, C., & Zerres, M. (2014). *SWOT-Analyse*. Abgerufen am 25. 07 2014 von <http://bookboon.com/de/swot-analyse-ebook>
- Schlagintweit, E. (2012). *Ärztegenossenschaften. Praxisnetze, Medizinische Versorgungszentren und ärztliche Organisationsgemeinschaften genossenschaftlich organisieren*. Abgerufen am 14. 04 2015 von <http://www.genossenschaften.de/sites/default/files/Aerztegenossenschaften.pdf>
- Schlegel, T. (2013). *Mit gemeinsamen Projekten zum erfolgreichen Netzwerk. Rechtliche Grundlagen*. Abgerufen am 15. 04 2015 von [http://www.deutsche-aerztenetze.de/uploads/files/gm\\_heft\\_vii\\_schlegel\\_artikel.pdf](http://www.deutsche-aerztenetze.de/uploads/files/gm_heft_vii_schlegel_artikel.pdf)
- Schmelzer, H., & Sesselmann, W. (2008). *Geschäftsprozessmanagement in der Praxis*. München: Carl Hanser.
- Schneider, G., Geiger, I., & Schreuring, J. (2008). *Prozess- und Qualitätsmanagement*. Zürich: Compendio Bildungsmedien AG.
- Spies, H.-F., Schmied, P., Weber, M., & Wiedenmann, B. (2013). *Neue Möglichkeiten internistischer Tätigkeiten an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Medizin*. Abgerufen am 15. 03 2015 von [http://www.bdi.de/fileadmin/PDF/Presse/Positionspapier\\_Ambulante\\_-\\_station%C3%A4re\\_Versorgung.pdf](http://www.bdi.de/fileadmin/PDF/Presse/Positionspapier_Ambulante_-_station%C3%A4re_Versorgung.pdf)
- Spitzer, M., & Bonenberger, M. (2012). Soziale Schmerzen. Warum sie auch weh tun und was daraus folgt. *Nervenheilkunde*, S. 761-764, Heft 10.
- Statistisches Bundesamt. (2014). *Gesundheit. Ausgaben 2000 bis 2012*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Techniker Krankenkasse. (2013). *Gesundheitsreport 2013. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK. Band 28*. Abgerufen am 01. Juni 2014 von <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/516416/Datei/83065/Gesundheitsreport-2013.pdf>
- Thoma, R., Klasen, B., & Amelung, V. (2010). Multimodale Schmerztherapie über ambulante Strukturen – Das Algesiologikum. In V. Amelung, F. Bergmann, P. Falkai, I. Hauth, E. Jaleel, U. Meier, et al., *Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten*. (S. 177-187). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Thonemann, U. (2010). *Operations Management*. München: Pearson Studium.

- Walendzik, A., Noweski, M., Heymann, R., Weegen, L., & Van der Linde, K. (2013). Ambulante ärztliche Versorgung. In J. Wasem, S. Staudt, & D. Matusiewicz, *Medizinmanagement. Grundlagen und Praxis*. (S. 309-340). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Wasem, J., Matusiewicz, D., Staudt, S., Jahn, R., Lux, G., Dahl, H., et al. (2013). Akteure des Gesundheitssystems. In J. Wasem, S. Staudt, & D. Matusiewicz, *Medizinmanagement. Grundlagen und Praxis* (S. 49-115). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- WHO. (2008). *Essential Medicines List for Children (EMLc); Palliative Care. Consultation Document*. Abgerufen am 11. Mai 2014 von [http://www.who.int/selection\\_medicines/committees/subcommittee/2/palliative.pdf](http://www.who.int/selection_medicines/committees/subcommittee/2/palliative.pdf)

# Anlagen

Organisation des Deutschen Gesundheitssystems

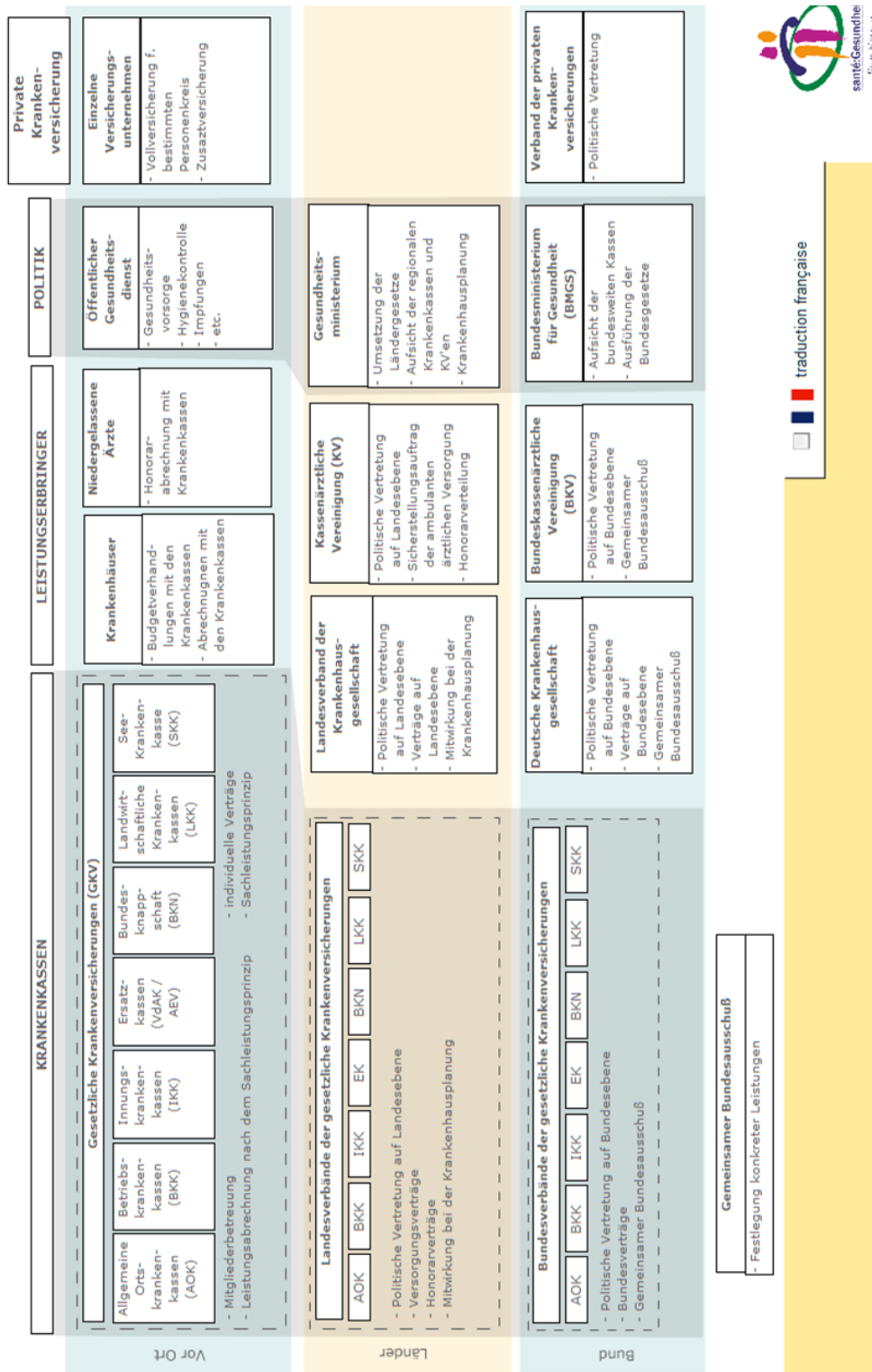


Abbildung 6-1: Organisation des deutschen Gesundheitssystems

Quelle: <http://www.sante-sarre-moselle.org>



# Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

München, 20. April 2015

Jörg Martetschläger